

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Dutrée, Michel André

De introductie en spreiding van kostbare medische technologie in Nederland: een model / Michel André Dutrée. - [S.l. : s.n.]. - Ill.

Proefschrift Rotterdam. - Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9004388-8

Trefw.: medische technologie.

© Copyright, 1991

M.A. Dutrée

Buys Ballotstraat 58

2313 TZ Leiden

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de auteur te wenden.

Financiële ondersteuning voor de uitvoering van het onderzoek werd verkregen van de Stichting B.W. Berenschot Fundatie. Doelstelling van deze stichting is het financieren van onderzoek, gericht op belangrijke professionele ontwikkelingen van organisatieadviseurs en organisatieadvieswerk.

Donaties zijn ontvangen van de Stichting Centrum voor Psychomedisch en Psychotherapeutisch Onderzoek Rotterdam (CEPPOR) en van Siemens Nederland B.V.

**DE INTRODUCTIE EN SPREIDING VAN KOSTBARE MEDISCHE
TECHNOLOGIE IN NEDERLAND**

Een model

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam,
op gezag van de rector magnificus
Prof. dr. C.J. Rijnvos
en volgens besluit van het college van Dekanen
De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 13 november 1991 om 15.45 uur

door

Michel André Dutrée

geboren te Amsterdam

Promotiecommissie

Promotor: Prof. dr. R.M. Lapré

Overige leden: Prof. dr. A.T. Casparie
 Prof. dr. F.F.H. Rutten
 Prof. drs. A.Th. Schweizer
 Prof. dr. ir. N. Bom
 Prof. dr. S.A. de Lange

Aan Renata

Ille ex futuro suspenditur cui irritum est praesens
(Wie zijn heden verprutst, is de slaaf van zijn toekomst)
(Seneca, brieven aan Lucilius)

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

Hoofdstuk 1. INLEIDING

Hoofdstuk 2. ONDERZOEKSOPZET

- 2.1 INLEIDING**
- 2.2 PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLING**
- 2.3 ONDERZOEKSVRAGEN**
- 2.4 ONDERZOEKSSTRATEGIE**
- 2.5 AFBAKENING ONDERZOEKSVELD**
- 2.6 DEFINITIES**

Hoofdstuk 3. THEORETISCH KADER

- 3.1 INLEIDING**
- 3.2 THEORIEËN VAN BESLUITVORMING**
 - 3.2.1 BESLUITVORMINGSTHEORIEËN**
 - 3.2.2 ASPECTEN VAN BESLUITVORMINGSTHEORIEËN TOEGEPAST IN DE GEZONDHEIDSZORG: MEDISCHE BESLISKUNDE EN MEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENT (MTA)**
 - 3.2.3 PLANNINGMETHODIEKEN IN RELATIE MET BESLUITVORMING**
 - 3.2.4 COGNITIEVE EN AFFECTIEVE ASPECTEN VAN INFORMATIEVERWERKING EN BESLUITVORMING**
- 3.3 THEORETISCHE BESCHOUWING VAN DE RELEVANTE ACTOREN BIJ BESLUITVORMING IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS**
 - 3.3.1 THEORETISCH FUNCTIONEREN VAN ZIEKENHUISMANAGEMENT EN MEDISCHE STAF**
 - 3.3.2 BEÏNVLOEDINGSSYSTEMEN**

3.3.3 SAMENWERKINGSMODELLEN

3.4 SYNTHESE VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS TOT EEN THEORETISCH ORDERINGSKADER

Hoofdstuk 4. LITERATUURSTUDIE

4.1 INLEIDING

4.2 DE INVLOED VAN MEDICI OP DE ZIEKENHUIS-DIRECTIE

4.3 DE INVLOED VAN MEDICI OP HET ACQUISITIE-BELEID VAN ZIEKENHUIZEN

4.4 HET NEDERLANDSE BELEID MET BETREKKING TOT SPREIDING

4.4.1 GESCHIEDENIS

4.4.2 DE JAREN TACHTIG

4.4.3 DE DISCUSSIES ROND STRUCTUUR EN FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDS-ZORG EIND JAREN TACHTIG

4.4.4 ANALYSE VAN DE REGELGEVING DIE KAN WORDEN GEHANTEERD

4.5 HET SPREIDINGSBELEID IN ENGELAND, ZWEDEN EN AMERIKA

4.5.1 INLEIDING

4.5.2 DE ENGELSE AANPAK

4.5.3 DE ZWEEDSE AANPAK

4.5.4 DE AMERIKAANSE AANPAK

4.6 BESCHOUWING VAN DE VIER GEZONDHEIDS-ZORGSYSTEMEN IN RELATIE TOT ELKAAR

4.7 DRIE SPREIDINGSCASES

4.7.1 INLEIDING

4.7.2 COMPUTERTOMOGRAFIE

4.7.3 MAGNETIC RESONANCE IMAGING

4.7.4 NIERSTEENVERGRUIZING

4.8 VERGELIJKING VAN HET GEVOERDE INTRODUCTIE- EN SPREIDINGSBELEID VAN DE DRIE BESPROKEN KMT'EN

Hoofdstuk 5.

SPREIDINGSHULPMIDDEL

5.1 INLEIDING

5.2 ACHTERGROND

5.3 MODEL VAN EEN SPREIDINGSHULPMIDDEL

5.3.1 OPBOUW

5.3.2 SHM-VRAGENLIJST

5.3.3 SPREIDINGSPROFIEL

5.3.4 EVALUATIE EN BIJSTELLING

5.4 UITVOERINGSORGANEN

5.5 SUBSIDIERING NIEUWE KOSTBARE MEDISCHE TECHNOLOGIE

5.6 KANALISERING VAN GELDSTROMEN

Hoofdstuk 6.

VELDONDERZOEK

6.1 INLEIDING

6.2 DOELEN VAN HET VELDONDERZOEK

6.3 OPZET VAN HET VELDONDERZOEK

6.3.1 AANDACHTSPUNTENLIJST

6.3.2 KEUZE GESPREKSPARTNERS

6.3.3 VERWERKING VAN DE GEGEVENS

6.4 RESPONSE EN ALGEMENE INDRUK

6.5 REACTIES OP HET ALGEMENE DEEL

6.5.1 INLEIDING

6.5.2 DIRECTIES ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

6.5.3 DIRECTIES ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

6.5.4 MEDICI ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

6.5.5 MEDICI ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

6.5.6 ZORGVERZEKERAARS

- 6.5.7 ADVIESORGANEN
- 6.5.8 RIJKSOVERHEID
- 6.5.9 PROVINCIALE OVERHEID
- 6.5.10 INDUSTRIE
- 6.5.11 PATIËNTEN
- 6.5.12 TOETSING AAN HET ORDERINGSKADER

6.6 REACTIES OP HET MODEL VAN EEN SPREIDINGS- HULPMIDDEL

- 6.6.1 POSITIEVE ELEMENTEN
- 6.6.2 NEGATIEVE ELEMENTEN
- 6.6.3 SUGGESTIES VOOR VERBETERING

Hoofdstuk 7. BESCHOUWING

- 7.1 INLEIDING
- 7.2 BESCHOUWING VAN DE AANPAK VAN DE KMT-
ACQUISITIE IN AZ'EN EN ALGEMENE ZIEKEN-
HUIZEN
- 7.3 BIJSTELLING VAN HET MODEL SHM
- 7.4 CONCLUSIES
- 7.5 AANBEVELINGEN

Hoofdstuk 8. BIJLAGEN

- 8.1 IN HET VELDONDERZOEK BETROKKEN
ORGANISATIES
- 8.2 BENADERING GESPREKSPARTNERS
 - 8.2.1 BRIEF A
 - 8.2.2 SAMENVATTING MODEL VAN EEN SPREI-
DINGSHULPMIDDEL
- 8.3 AANDACHTSPUNTENLIJST PER CATEGORIE
- 8.4 LIJST MET AFKORTINGEN

Hoofdstuk 9. **GERAADPLEEGDE BRONNEN**

Hoofdstuk 10. **SUMMARY**

CURRICULUM VITAE.

VOORWOORD

Een proefschriftonderzoek is een activiteit die onmogelijk kan worden verricht zonder de steun en aanmoediging van anderen. Op deze plaats wil ik al diegenen die in de afgelopen vier jaar aan de totstandkoming van deze dissertatie hebben meegeholpen zeer hartelijk bedanken.

Een aantal personen en instanties hebben een grote rol gespeeld gedurende het gehele onderzoekstraject. Deze wil ik afzonderlijk bedanken voor hun bijdragen:

Mijn promotor Prof. dr. R.M. Lapré, die mij heeft gestimuleerd en gemotiveerd mijn ideeën verder vorm te geven door middel van een promotieonderzoek en met wie ik vele, diepgaande, maar altijd gezellige gesprekken heb gevoerd over de concepten.

Mijn paranimfen Wencke Verhoeff en Hans Berg, met wie ik zeer vruchtbare discussies heb gevoerd over eerdere concepten. Zij vormden een zeer kritisch forum voor mij.

De leden van de promotiecommissie: Prof. drs. A.Th. Schweizer,

Prof. dr. A.F. Casparie, Prof. dr. F.F.H. Rutten,

Prof. dr. ir. N. Bom en Prof. dr. S.A. de Lange.

Het Academisch Ziekenhuis Leiden dat mij vanaf oktober 1987 voor één dag per week vrijstelde voor dit promotieonderzoek

Berenschot B.V. die deze regeling vanaf december 1989 heeft gecontinueerd.

De studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg die mij als onbezoldigd medewerker sinds 1987 gastvrijheid heeft verleend.

De gedurende het veldonderzoek geïnterviewde personen.

Jan Willem van der Linden, met wie ik uitgebreide discussies heb gevoerd over het door mij ontwikkelde model.

Carla de Rie, die alle afspraken voor het veldonderzoek uiterst efficiënt plande.

Agnes Scha, die mij tijdens "proefschriftdagen" afschermden voor dagelijkse beslommeringen, zodat ik geconcentreerd kon doorwerken.

Liliane Boogaard, die alle teksten op taal- en stijlfouten heeft gecontroleerd.

Nel Blok, die het literatuurbestand in de computer heeft ingevoerd.

Job Koesoemobroto, die de omslag en de lay-out heeft ontworpen en samen met Jim Roessler de figuren heeft vervaardigd.

Hoofdstuk 1

INLEIDING

De gezondheidszorg staat bij de consument hoog genoteerd. In 1987 achtte 57% van alle Nederlanders het hebben van een goede gezondheid het belangrijkste element van het leven (Sociaal Cultureel Rapport, 1988,433). Een instrument om de gezondheid van de consument optimaal te houden, is het stelsel van gezondheidszorg, dat zich tot één van de beste stelsels ter wereld mag rekenen (HCFA)¹. Het instandhouden van dit stelsel is kostbaar. In 1990 werd bijvoorbeeld 9,4% van het bruto nationaal produkt (BNP)(= 38,3 miljard gulden) uitgegeven aan zorg² (FOZ, 1990).

Drie procent daarvan wordt besteed aan de financiering van kostbare medische technologie (KMT), waaronder kostbare medische apparatuur.

De publieke opinie besteedt in nog steeds toenemende mate aandacht aan juist dit element van de zorg. Een reden hiervoor kan zijn dat KMT in de meeste gevallen spectaculair is en soms zelfs futuristisch aandoet. Voor journalisten is het dan ook aantrekkelijk om aandacht aan KMT te besteden (Willems, 1985,649).

In de laatste jaren is het aantal tv-programma's waarin aandacht wordt besteed aan de gezondheidszorg³ toegenomen. Deze programma's hebben een redelijk grote kijkdichtheid. De aandacht voor KMT is in dergelijke programma's groot. Tevens wordt aandacht besteed aan de meer ethische vraagstukken zoals grenzen aan zorg respectievelijk keuzen in de zorg (Spanjer, 1990,426).

Wat houdt dit fenomeen nu in stand?

Ondermeer de volgende factoren zijn van belang.

De medicus is volgens de ethische code van de World Medical Association verplicht "all the resources of his science" ter beschikking te stellen aan de patiënt. Hij zal dus, als er een nieuwe technologie wordt gepresenteerd, deze graag willen toepassen.

Consumenten van gezondheidszorg eisen dat de nieuwste technologie wordt toegepast en accepteren in steeds mindere mate dat nieuwe behandelingsmethoden hun lange tijd worden onthouden⁴ (Tijmstra, 1987,305; Rutten, 1986,178). Uit een Amerikaanse studie blijkt dat consumenten een ziekenhuis in de eerste plaats kiezen op grond van de aanwezigheid van KMT (Inganzo, 1985,160).

Zij stellen dit boven punten zoals bejegening, bereikbaarheid en de aanwezige specialismen.

Ziekenhuisdirecties willen ter bevordering van het prestige van hun ziekenhuis en ter versterking van hun concurrentiepositie - mede in het licht van het voorafgaande - graag de nieuwste technologie in huis hebben.

Journalisten zijn van deze beweegredenen op de hoogte en spelen daarop in, waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat

De vraag die zich bij de introductie van KMT voordoet, is: Planning of geen planning⁵ (Mullink, 1989,543; Hoefnagels, 1975,539; Vrolijk, 1990,185). Met andere woorden, dient ieder ziekenhuis zondermeer de nieuwe KMT te kunnen aanschaffen of dient vooraf aan voorwaarden⁶ te worden voldaan?

Wat dit laatste betreft, heeft de overheid een instrumentarium⁷ tot haar beschikking. Binnen dit instrumentarium is het vooral artikel 18 Wet Ziekenhuis Voorzieningen⁸ dat ten doel heeft de spreiding van KMT te plannen. Uit de evaluatiestudies (Vrolijk, 1989,563; Kassenaar, 1987,558; De Greve, 1987,476; Ginjaar, 1988,474; WVC, 1990,590) blijkt echter, dat artikel 18 WZV niet het instrument is, waarmee de verspreiding van KMT snel en adequaat kan worden beheerst.

Uit deze studies blijkt eveneens dat het veld grote waarde hecht aan aspecten zoals snelheid, betrokkenheid, eenvoud van handelen alsmede helderheid in regelgeving. Juist deze aspecten vindt men onvoldoende terug in artikel 18.

Het artikel is oorspronkelijk opgezet als een kwaliteits- en kostenbewakend planninginstrument. Steeds meer is echter de nadruk komen te liggen op de kostenbewakende aspecten. Het veld is artikel 18 daarom gaan zien als een "verbodsinstrument" van de overheid.

Anno 1991 kan echter ook worden geconstateerd dat veel van de kostenbeheersingsmaatregelen die sedert de jaren zeventig zijn toegepast, weinig effect hebben gesorteerd.

De ziekenfondsraad (ZFR) dringt er in 1986 op aan dat het beleid erop gericht moet zijn om voor verspreiding van KMT voldoende evaluatieve informatie te verzamelen. Het doel van dit beleid zou moeten zijn dat slechts die KMT wordt verspreid, waarvan kosteneffectiviteit en zorg-effectiviteit⁹ duidelijk is.

Dit idee is door de projectorganisatie academische ziekenhuizen (POAZ)¹⁰ verder uitgewerkt. Uiteindelijk heeft dit geleid tot het opzetten van een ontwikkelingsgeneeskundecyclus.

Deze ontwikkeling gekoppeld aan de wetswijzigingen WZV/WWO tengevolge van intrede van de academische ziekenhuizen (AZ'en) tot de WZV biedt mogelijkheden. De AZ'en vallen dan immers tevens onder artikel 18. Dit biedt mogelijkheden tot een betere beheersing van de verspreiding, omdat de tweedeling AZ'en - perifere ziekenhuizen is opgeheven.

Gefascineerd door deze ontwikkelingen heb ik besloten om een onderzoek op te zetten, waarin de mogelijkheden van sturing van de introductie en spreiding van KMT worden nagegaan.

In het hiernavolgende geef ik aan wat de lezer in de rapportage kan verwachten.

In hoofdstuk 2 zet ik de onderzoeksopzet uiteen. Hierbij formuleer ik de probleemstelling met bijbehorende onderzoeksvragen, bespreek de onderzoeksstrategie en baken het onderzoeksterrein af.

In hoofdstuk 3 geef ik het theoretisch kader waarbinnen ik het onderzoek uitvoer. Planningvraagstukken kunnen worden beschouwd als besluitvormingsvraagstukken. Daarom besteed ik aandacht aan enkele, voor dit onderzoek relevante besluitvormingstheorieën. Tevens wordt daarbij aandacht besteed aan planningstrategieën, medische besliskunde en Medical Technology Assessment.

De beslissingen over het indienen van een aanvraag voor de aanschaf van KMT worden in eerste instantie genomen door medici en ziekenhuisdirectie. Het is derhalve van belang om na te gaan hoe de organisatorische en politieke verhoudingen binnen een ziekenhuis theoretisch zijn beschreven.

Aan het slot van hoofdstuk 3 stel ik een ordeningskader op, dat zal worden gebruikt ter beoordeling van de in de volgende hoofdstukken vergaarde informatie.

In hoofdstuk 4 bespreek ik de verzamelde literatuur. Allereerst bestudeer ik het Nederlandse beleid 1960 - 1990 op het gebied van de spreiding van KMT. Vervolgens beschouw ik het beleid op voornoemd gebied in Engeland, Zweden en de Verenigde Staten. Tot slot evalueer ik de spreidingscases van de computertomografie (CT), de kernspinresonantie (MRI) en de niersteenvergruizing (NLT)

In hoofdstuk 5 ontwerp ik op basis van de in het voorgaande verzamelde informatie een model van een spreidingshulpmiddel. In dit model wordt de in de loop der jaren verzamelde kritiek rond de planning van spreiding van KMT verwerkt.

In hoofdstuk 6 bespreek ik de resultaten van het veldonderzoek. Hierin is het model van een spreidingshulpmiddel en een aantal meer algemene vragen rond het thema KMT voorgelegd aan gesprekspartners van het macro-, meso- en microniveau uit de gezondheidszorg.

Op het microniveau zijn gesprekspartners benaderd zowel uit de AZ'en als uit de perifere ziekenhuizen.

In hoofdstuk 7 formuleer ik allereerst de overeenkomsten en verschillen in benadering tussen AZ'en en perifere ziekenhuizen. Vervolgens stel ik aan de hand van de bevindingen uit het veldonderzoek het model bij. Tot slot trek ik conclusies en geef aanbevelingen.

Eindnoten

1. Het adjectief "beste" heeft daarbij vooral betrekking op de volgende aspecten:
 - Zeer laag percentage onverzekerden.
 - Breed samengesteld pakket.
 - Goede spreiding van ziekenhuisvoorzieningen, eerstelijnsvoorzieningen etc.
2. Wanneer alleen de gezondheidszorg wordt beschouwd, komt dit neer op 8,4% van het BNP.
3. Persoonlijke observatie.
4. In dit verband wordt gewezen op de cardiochirurgie. De wachtlijsten voor deze ingreep worden steeds langer. De patiënten eisen dat zij op een redelijke termijn worden behandeld. De capaciteit van de open-hartchirurgie is echter uit kostenoverwegingen gefixeerd. De patiënten oefenen druk uit op de verzekeraars, en met grote regelmaat worden er patiënten in het buitenland geopereerd. Deze problematiek wordt in de media uitgevochten. De paradox is echter dat de verzekerden slechts bereid zijn een lage verzekeringspremie te betalen, maar zodra een verzekerde patiënt wordt eist hij wel dat alle technologie wordt ingezet om zijn klachten te verhelpen. Uit sommige enquêtes die de zorgverzekeraars in de jaren tachtig (voornamelijk gepubliceerd via hun periodiek "Inzet") hebben uitgevoerd, kan worden opgemaakt dat de verzekerden in sommige gevallen bereid zijn voor meer zorg meer te betalen. De uitkomsten van deze enquêtes kunnen gekleurd zijn en ik heb op dit moment geen reden de paradox te verwerpen.
5. Ik acht het beter te spreken over beheersing van verspreiding of geen beheersing.
6. Deze voorwaarden creëren de mogelijkheid om een concentratiebeleid te voeren.
7. Hierbij wordt bedoeld op de WZV en WTG.
8. Hiermee wordt bedoeld de vorm, waarin artikel 18 tot eind 1990 was gegoten. Eind 1990 is mede naar aanleiding van de aangehaalde rapporten artikel 18 gewijzigd (Staatscourant, 1990). Op deze wijziging zal in hoofdstuk 4 nader worden ingegaan.
9. De achtergrond hiervan is dat WVC inzag dat beoordeling van KMT een goede mogelijkheid is om enerzijds wildgroei van nieuwe KMT te voorkomen. Anderzijds biedt een traditie in beoordeling van KMT eveneens de mogelijkheid om bestaande KMT te evalueren en zodoende substitutie te laten plaatsvinden (Van Etten, 1986, 304).
10. De POAZ heeft zich met name beziggehouden met de positie van de AZ'en in het gezondheidszorgveld. Er is veel aandacht besteed aan de supraregionale functies van AZ'en. In dit kader is ook de samenwerking rond KMT beschouwd.

Hoofdstuk 2

ONDERZOEKSOPZET

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet besproken. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan:

- Probleemstelling en doelstelling van dit onderzoek.
- Onderzoeksvragen.
- Onderzoeksstrategie.
- Afbakening van het onderzoeksveld.
- Definities.

2.2 PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLING VAN DIT ONDERZOEK

In de hoofdstuk 1 is reeds aangegeven dat het veld niet tevreden is met de huidige regelgeving voor spreiding van KMT. De regelgeving wordt door hen getypeerd als traag, nauwelijks zorginhoudelijk, star en onduidelijk. KMT blijft echter een grote aantrekkingskracht uitoefenen op enerzijds medici en ziekenhuisdirecties en anderzijds de publieke opinie. Bovendien heeft de overheid het beleid van de terugtrekkende overheid geformuleerd, waarbij het de bedoeling is om veel meer zaken via decentralisatie over te laten aan het veld. Uit oogpunt van patiëntvriendelijkheid, toegankelijkheid, verantwoorde aanwending van financiële middelen, concentratie en opbouw van kennis, kwaliteit en efficiëntie, is bij KMT een juiste introductie en verspreiding gebaseerd op een eenvoudig, flexibel, duidelijk en meer zorginhoudelijk model van groot belang. Hierbij blijft mijns inziens een rol voor de overheid weggelegd. In dit licht is de probleemstelling voor dit onderzoek als volgt geformuleerd:

"Is het mogelijk een eenvoudig hulpmiddel te ontwerpen ter toetsing van aanvragen van algemene ziekenhuizen voor kostbare medische technologie, teneinde tot een rationele spreiding hiervan in Nederland te komen?"

De probleemstelling kan als volgt worden uitgewerkt.

De gezondheidszorg is kostbaar, en er wordt veel in het werk gesteld om de kostengroei in de gezondheidszorg te beteugelen. De laatste jaren is het beleid erop gericht om de effectiviteit, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg te bevorderen. Kostbare nieuwe technologieën zijn niet voor alle ziekenhuizen bereikbaar, omdat men slechts een beperkt budget¹ ter beschikking heeft. Dit simpele gegeven brengt met zich mee dat de spreiding van KMT uit patiëntenzorgoverwegingen niet aan het toeval mag worden overgelaten. De spreiding zou in dat geval kunnen aansluiten bij de spreiding² van de potentiële-patiëntengroepen. Voorkomen dient te worden dat patiënten die baat zouden kunnen hebben bij toepassing van een bepaalde KMT, hiervan verstoken zouden blijven. Een rationeel opgezette allocatiemethode, waarbij rekening wordt gehouden met zowel economies of scale als economies of care³ kan een oplossing zijn.

In dit onderzoek wordt een hulpmiddel ontwikkeld dat deel uit zal kunnen maken van deze rationeel opgezette allocatiemethode

Hieruit volgt terstond de doelstelling van dit onderzoek:

Het leveren van een bijdrage aan de totstandkoming van een beleidsinstrument voor de regulering van de introductie en spreiding van kostbare medische technologie in Nederland.

In de komende jaren zullen de technologische innovaties in de geneeskunde elkaar in een steeds hoger tempo opvolgen. De bespreking van de innovaties vindt niet alleen meer plaats in wetenschappelijke kring, maar in toenemende mate ook in maatschappelijke⁴ kring. Hierdoor worden beleidsmakers gedwongen steeds sneller op deze innovaties in te spelen. Een rationele, snel toe te passen en transparante benadering biedt dan voordelen.

2.3 ONDERZOEKSVRAGEN

De probleemstelling is uitgewerkt in een aantal onderzoeksvragen. Deze onderzoeksvragen zijn zodanig opgesteld dat zij reeds impliciet een afbakening van het onderzoeksterrein aangeven. In paragraaf 2.6 wordt echter een meer expliciete afbakening van het onderzoeksveld gegeven.

In het nuvolgende overzicht worden de onderzoeksvragen gepresenteerd, waarbij per vraag een korte toelichting op de strekking wordt gegeven.

1. Is de spreiding van KMT in het algemeen gereguleerd?

Deze vraag zal worden beantwoord door na te gaan wat wordt verstaan onder regulering. Regulering is opgebouwd uit besluitvormingsprocessen. Deze processen zullen eerst theoretisch worden benaderd, waarna gekeken wordt op welke wijze deze in de praktijk zijn terug te vinden. Vervolgens wordt onderzocht op welke manier in Nederland de intramurale gezondheidszorg wordt gereguleerd. Bij de beantwoording van deze vraag zal eveneens gekeken worden naar de relatie regio en spreiding.

2. Welke actoren zijn aanwezig en wat is de aard van de onderlinge relaties?

Om spreiding te kunnen reguleren, moet inzicht worden verkregen in de actoren die het proces beïnvloeden. Met name moet daarbij aandacht worden besteed aan de belangentegenstellingen die daarbij een rol kunnen spelen.

3. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen drie spreidingscases? (computertomografie (CT), kernspinresonantie (MRI), niersteenvergruizing (NLT))

Juist deze drie cases zijn gekozen, omdat zij van redelijk recente datum zijn, evaluatiestudies van het introductiebeleid uitgevoerd zijn en het in alle drie de gevallen gaat om apparatuur.

Bij elk van deze cases heeft zich het vraagstuk spreiding aangediend. De invulling die eraan is gegeven, is in elk van de gevallen anders. Een zoektocht naar het waarom van deze verschillen is interessant, omdat dergelijke informatie meer inzicht kan geven in de actoren die actief zijn. Tevens kan dit elementen aandragen voor het opstellen van het spreidingshulpmiddel.

4. Is in het Engelse, Zweedse en Amerikaanse gezondheidszorgsysteem de spreiding van KMT in het algemeen gereguleerd?

Nu duidelijk is geworden hoe de situatie in Nederland is, is het nuttig deze te vergelijken met buitenlandse situaties. Hierdoor is het mogelijk na te gaan op welke manier men daar de problematiek van introductie en spreiding van KMT aanpakt.

Bij het nagaan van het spreidingsbeleid in deze drie landen wordt gezocht naar elementen waarmee bij de opstelling van het spreidingshulpmiddel rekening moet worden gehouden. Het zoeken naar causale relaties valt echter buiten het bestek van dit onderzoek. Tevens wordt nagegaan welke actoren invloed hebben op de verschillende methoden van aanpak. Juist deze drie landen zijn gekozen, omdat elk van deze drie een gezondheidszorgstelsel heeft dat gestoeld is op een andere filosofie dan de Nederlandse.

5. Welke eisen dienen gesteld te worden aan een hulpmiddel om de spreiding van nieuwe KMT in Nederland te reguleren?

Na analyse van de huidige situatie, drie spreidingscases en na gekeken te hebben naar de situatie in het buitenland, is het mogelijk na te gaan aan welke eisen een eventueel hulpmiddel in elk geval zou moeten voldoen. Nadat de eisen zijn geformuleerd, kan het hulpmiddel in een eerste concept worden ontworpen.

6. Wat is de mening van het macro-, meso- en microniveau over de huidige regulering en over het hulpmiddel?

Het macro-, meso en micro wordt in paragraaf 2.6 gedefinieerd.

7. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de meningen van het meso- en microniveau bij academische centra en bij algemene ziekenhuizen rond introductie en spreiding van KMT?

De vraag die aan deze onderzoeksvraag ten grondslag ligt, is: Gaan algemene ziekenhuizen anders met deze problematiek om? Gelet op ontwikkelingen rond stelselherziening en ontwikkelingsgeneeskunde is het van belang om achter de verschillen en overeenkomsten⁵ te komen.

8. Is het mogelijk om op basis van de in de vorige vragen verzamelde gegevens het hulpmiddel zodanig bij te stellen, dat het op een redelijk draagvlak kan rekenen?

De verzamelde gegevens zullen worden geanalyseerd. Er zal worden nagegaan op welke punten het concept-hulpmiddel moet worden bijgesteld, opdat het kan rekenen⁶ op een redelijk draagvlak.

2.4 Onderzoeksstrategie

De uitwerking van de probleemstelling bij dit onderzoek leent zich voor een kwalitatieve aanpak (EUR, 1980,581). Er is dan ook gekozen voor een strategie die daarop aansluit. Kwalitatief heeft zeker beperkingen en kwalitatief onderzoek naar beleid heeft deze misschien nog wel sterker. Een probleem bij kwalitatief onderzoek is aan de ene kant dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Aan de andere kant kan worden gesteld dat, mits het onderzoek goed is opgezet, er wel conclusies mogen worden getrokken, waaraan consequenties kunnen worden verbonden.

De aanpak van het onderzoek valt in vijf delen uiteen.

Theoretische onderbouwing

Spreidingsbeslissingen zijn beslissingen⁷ die totstandkomen via besluitvormingsprocessen. Het is daarom noodzakelijk na te gaan welke soorten besluitvormingsprocessen in dit verband kunnen worden gedefinieerd.

Besluitvormingsprocessen kennen twee soorten aspecten: beleidsinhoudelijke en machtsinhoudelijke. Aan beide aspecten zal aandacht worden besteed.

Daarnaast worden beslissingen genomen in een bepaald krachtenveld, waarin iedere actor een ander belang heeft en dus zal trachten de twee aspecten te beïnvloeden. In dit onderzoek is het medisch krachtenveld verdeeld in de reeds genoemde drie niveaus (macro, meso en micro). De krachten in dit veld zijn op bepaalde wijzen georganiseerd; daarover zijn theorieën. Bij de bespreking zal het accent liggen op de krachten binnen het microniveau. Daar wordt immers de beslissing om een KMT aan te schaffen in eerste instantie genomen.

De samenwerking en beïnvloeding van deze krachten is eveneens theoretisch te beschrijven.

Aan de hand van deze theoretische beschrijvingen zal een theoretisch ordeningskader worden opgesteld. Hierdoor wordt het mogelijk om de uitkomsten van de volgende onderdelen van het onderzoek op een uniforme wijze te toetsen aan de theorie; dit vergroot de vergelijkbaarheid.

Literatuurstudie

De literatuurstudie richt zich op drie elementen, die noodzakelijk zijn om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden:

- Invloed van medici op acquisitie van KMT voor het ziekenhuis.
- Spreidingsbeleid in Nederland, Zweden, Engeland en de Verenigde Staten.
- Bespreking van de drie cases (CT, MRI, NLT).

Elk onderdeel zal worden afgesloten door de verzamelde gegevens aan het ordeningskader⁸ te toetsen.

Spreidingshulpmiddel

Op basis van de tot dan toe verzamelde gegevens wordt een spreidingshulpmiddel opgesteld.

Veldonderzoek

Dit veldonderzoek wordt uitgevoerd onder vertegenwoordigers van het macro-, meso- en microniveau van de intramurale⁹ gezondheidszorg. Twee elementen staan centraal in het veldonderzoek:

- Het toetsen van de in de literatuurstudie gevonden informatie aan de praktijk:
 - Daarbij gaat het vooral om de wijze waarop de actoren in het medisch veld omgaan met de problematiek¹⁰ rond spreading.
- Bespreken van het spreidingshulpmiddel (SHM):
 - Daarbij wordt met name aandacht besteed aan elementen zoals eerlijkheid, beheersbaarheid en hanteerbaarheid van het SHM.

Synthese

De in de vorige fases van het onderzoek verzamelde gegevens worden in dit onderdeel geïntegreerd. Op basis van deze integratie worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Het SHM wordt indien mogelijk aangepast, zodat het kan rekenen op een redelijk draagvlak.

2.5 AFBAKENING VAN HET ONDERZOEKSVELD

Het domein van het onderzoek is reeds impliciet aan de orde gekomen bij de bespreking van de probleemstelling en de onderzoeksstrategie. Het is echter van belang dit domein nauwkeurig te omschrijven. Een indeling van grof naar fijn wordt in het hiernavolgende gegeven.

Kostbare Medische Technologie (KMT)

Het domein van de KMT zal worden beperkt tot dat van de kostbare medisch-diagnostische en medisch-therapeutische apparatuur. Hier overlappen definitie en domeinafbakening elkaar. De reden waarom deze keuze is gemaakt, hangt samen met het feit dat apparatuur tastbaar is en goed afgrensbaar (nauwelijks aanleiding gevend tot verschillende interpretaties). Bij andere soorten van KMT zijn deze twee aspecten minder duidelijk aanwezig.

Macroniveau

Rijksoverheid:

- Ministerie van O&W.
- Directoraat Academische ziekenhuizen¹¹.
- Ministerie van WVC.
- Directoraat Ziekenhuiszorg en Topzorg.

Provinciale overheid:

- Ambtenaren verantwoordelijk voor de ziekenhuiszorg.

Adviesorganen van de gezondheidszorg:

- COTG, CvZ, ZFR, GR.

Koepelorganisaties:

- Genoemd kunnen worden LSV, KNMG, LPCP, LAD, NZR/NZI, NVZD, Consumentenbond, VNZ, KLOZ.

Industrie:

- Gedoeld wordt op industrie¹² die KMT vervaardigt.

Mesoniveau:

- Zorgverzekeraars.
- Regionale samenwerkingsverbanden.

Microniveau:

- Intramurale gezondheidszorg.
- Algemene en academische ziekenhuizen.
- Medisch specialisten, ziekenhuisdirecties^{13, 14} en patiënten.

Buitenland

De systemen van drie landen buiten Nederland zullen worden bestudeerd op hun benadering¹⁵ van het spreidingsvraagstuk van KMT. Hierbij zal met name aandacht worden besteed aan de wijze waarop men omgaat met besluitvorming daaromtrent.

Deze landen zijn:

- Engeland
- Zweden
- Verenigde Staten.

De keuze van deze landen is gebaseerd op het gegeven dat elk van deze drie landen een sterk van elkaar verschillend gezondheidszorgsysteem heeft (Friedman, 1986,1; Hillman, 1989,153; Schrijvers, 1980,620). Ik heb juist voor deze drie landen gekozen, omdat deze frequent in de discussies rond het nieuwe zorgstelsel zijn betrokken.

Cases

In de onderzoeksvragen zijn de cases (CT, MRI, NLT) reeds geformuleerd. De reden dat juist deze cases worden behandeld, hangt samen met het feit dat de introductie en spreiding bij deze drie cases enerzijds hebben gezorgd voor veel discussie en anderzijds dat alle drie zijn geëvalueerd, wat de bestudering ervan vereenvoudigt (Kassenaar, 1987,558; Vrolijk, 1989,563; Straten, 1986,562; Voorthuisen, 1989,518). Een korte motivatie per casus wordt in het hiernavolgende gegeven.

CT-scanners

De discussies rond de spreiding en introductie van deze techniek hebben bijgedragen aan de gedachtenvorming rond spreiding en regionalisatie. Daarnaast is deze techniek eerst wel onder de werkingssfeer van artikel 18 WZV gebracht, maar in 1988 daaronder vandaan gehaald en vrijgegeven.

MRI-apparatuur

De MRI-apparatuur is weliswaar net als de CT-scanner te plaatsen in de hoek van de radiodiagnostiek, echter, de introductie en spreiding van de MRI in Nederland is een geheel andere geweest. Het is juist daarom interessant om te kijken naar verschillen en overeenkomsten in de beleidsmatige aanpak.

Niersteenvergruizers

De niersteenvergruizer komt uit de curatief-chirurgische hoek. Dit laatste is juist van belang, omdat deze groep minder gewend is aan de aanschaf van dure apparatuur. Veel partijen hebben zich gemengd in de discussie over de toepassing van artikel 18 WZV in dit geval, waardoor een beeld wordt verkregen van de verhoudingen binnen het krachtenveld. Daarnaast hebben bij de introductie en spreiding de media een invloedrijke rol gespeeld.

Regio's

Bij de uitwerking van de probleemstelling is een onderzoeksvraag geformuleerd waarbij gekeken wordt naar de verschillen en overeenkomsten in benadering van de problematiek tussen AZ'en en algemene ziekenhuizen. Hiertoe zijn twee regio's geselecteerd (Staatscourant, 1988,86), waarbij rekening is gehouden met de verschillen die er zouden kunnen bestaan tussen de randstad en de rest van Nederland. De regio's dienen vergelijkbaar van omvang te zijn en niet over een AZ te beschikken. Dit laatste, omdat in het onderzoek reeds alle AZ'en in Nederland worden betrokken. Mijn interesse was juist om na te gaan of er op dit gebied grote verschillen bestaan tussen de randstad en de rest van Nederland. De regio Stedendriehoek en de regio Dordrecht voldoen aan deze criteria. In figuur 1 is een overzicht opgenomen van de huidige regio-indeling krachtens de WZV.

2.6 DEFINITIES

De veelvuldig gehanteerde begrippen voorzover deze nog niet bij de bespreking van het domein van het onderzoek zijn behandeld, worden hier gedefinieerd. Overige begrippen zullen bij hun introductie worden gedefinieerd in een eindnoot.

Kostbare Medische Technologie (KMT)

Onder KMT wordt verstaan medisch-diagnostische c.q. medisch-therapeutische apparatuur, die:

- aparte deskundigheid vereist bij de toepassing
- vaak extra (werktuig)bouwkundige aanpassingen noodzakelijk maakt
- kostbaar in aanschaf en veelal tevens in exploitatie is
- meestal voor het eerst in academische centra wordt toegepast
- nog verder ontwikkeld wordt
- in beginsel slechts beperkt beschikbaar is
- in beginsel veelal een beperkt indicatiespectrum kent.

Medici

Medici zijn medisch specialisten die in een algemeen of academisch ziekenhuis werken.

Ziekenhuisdirectie

Met de term "ziekenhuisdirectie" wordt bedoeld op de leden van het managementteam/raad van bestuur/directie van een algemeen of academisch ziekenhuis.

Zorgverzekeraars

Onder zorgverzekeraars vallen zowel de ziekenfondsen als de particuliere ziektekostenverzekeraars. Binnen deze organisaties wordt met name bedoeld op die functionarissen die zich bezighouden met de contacten met de algemene en/of academische ziekenhuizen. Zowel medisch inhoudelijk¹⁶ als managementtechnisch.

Ziekenhuis

Een ziekenhuis is in dit verband een algemeen of academisch ziekenhuis.



Figuur 1: Regio-indeling vanaf 1 januari 1988 krachtens de WZV.

Eindnoten

1. Naast financiële argumenten spelen uiteraard ook andere elementen een rol, zoals kwaliteit, infrastructuur en mogelijkheid tot samenwerking.
2. Hiermee wordt bedoeld, dat het uit effectiviteitsoverwegingen weinig zinvol is een maat te hanteren die uitgaat van één apparaat per X-duizend inwoners. Bij hantering van een dergelijke maat kan het voorkomen dat gebieden met een hoge concentratie van potentiële-patiëntengroepen te weinig apparaten toebedeeld krijgen.
3. Het begrip "economies of care" houdt in dat bij de verspreiding rekening wordt gehouden met een zo optimaal mogelijke potentiële-patiëntenpopulatie.
4. Als voorbeeld van dit laatste wordt gewezen op de discussie rond de longtransplantatie. Deze ingreep is, alhoewel technisch mogelijk uiterst kostbaar en niet zonder risico's. Op deze gronden is derhalve besloten deze ingreep niet op te nemen in het verstrekkingenpakket, maar wel na te gaan of er een project in het kader van ontwikkelingsgeneeskunde kan worden geformuleerd. De vereniging van patiënten met mucoviscidose (taai-slijmziekte) houdt echter inzamelingen om voor enkele van hun leden een longtransplantatie te betalen. Om hun actie kracht bij te zetten, worden de media en met name de tv gebruikt. Dergelijke ontwikkelingen komen een goede evaluatie van de methode mijns inziens niet ten goede.
5. De stelselherziening eist van de ziekenhuizen dat zij met elkaar concurreren. Concurreren op kwaliteit ligt daarbij het meeste voor de hand. Sommige ziekenhuizen zijn reeds ver gevorderd met ontwikkelingen op het gebied van VIP-geneeskunde (het tegen extra betaling bieden van speciale faciliteiten etc.).
6. Een dergelijke onderzoeksvraag dient immer zeer nauwkeurig te worden uitgerafeld, omdat data verkregen uit kwalitatief beleidsonderzoek niet generaliseerbaar zijn. Uitspraken zijn echter wel degelijk gebaseerd op zorgvuldig verzamelde gegevens, zodat het wel mogelijk is gegronde verwachtingen uit te spreken.
7. Hieronder worden eveneens de planningtheorieën behandeld. De motivatie om planningtheorieën geïntegreerd met de besluitvormingstheorie te behandelen, is simpel: planning komt via besluitvorming tot stand.
8. Op deze manier is het mogelijk om de informatie op eenvoudige wijze te hanteren bij de opstelling van het concept-spreidingshulpmiddel.
9. Bij de afbakening van het onderzoeksterrein zal dit verder worden uitgewerkt.
10. Elementen zoals Informatievergaring, -verwerking, samenwerking, beeldvorming en ervaringen uit het verleden, komen daarbij aan de orde.
11. In verband met de overgang van de academische ziekenhuizen is dit directoraat inmiddels opgeheven. Om een goed inzicht te krijgen in de invloed van O&W op de introductie van KMT in AZ'en in het verleden is gebruikgemaakt van materiaal van

dit directoraat.

12. Hierbij wordt in het bijzonder bedoeld op de industrie die kostbare medisch-diagnostische of therapeutische apparatuur vervaardigt.
13. Met ziekenhuismanagers wordt bedoeld op de leden van directies c.q. raden van bestuur.
14. Het feit dat verpleging en overig ondersteunend personeel niet wordt genoemd, houdt niet in dat zij geen rol spelen. In het onderzoek zal uitgaande van de beide genoemde partijen uiteraard ook gekeken worden naar de relaties c.q. invloed van de ondersteuning. Het accent ligt echter niet op deze groepen.
15. De bestudering van de gezondheidszorgsystemen wordt beperkt tot de facetten die direct bruikbaar zijn in dit onderzoek.
16. Medisch inhoudelijk wordt daarbij vooral gecoördineerd vanuit de medische dienst van de zorgverzekeraar; managementtechnisch vooral vanuit de directie. Uiteraard weer toegespitst op de KMT.

Hoofdstuk 3

THEORETISCH KADER

3.1 INLEIDING

In het vorige hoofdstuk is de onderzoeksopzet aan de orde gekomen. De eerste logische vervolgstap is het opzetten van een theoretisch kader voor het onderzoek. Bij aanvang van dit deel van het onderzoek ben ik uitgegaan van de besluitvorming, omdat het proces van introductie en spreiding kenmerken heeft van een complex¹ en strategisch besluitvormingsvraagstuk. Over besluitvormingsvraagstukken is veel theorie ontwikkeld. Deze theorie is voornamelijk afkomstig uit de bedrijfs- en bestuurskunde en is ook van betekenis voor de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid.

Vervolgens ga ik na op welke manier in planningmethodieken gebruik wordt gemaakt van elementen uit de theorie van besluitvorming. Tot slot bespreek ik de actoren in de ziekenhuisorganisatie en de manier waarop zij omgaan met besluitvorming. Hierbij zal ik met name aandacht besteden aan de machtscomponent van besluitvorming en de aard van relaties die actoren binnen het netwerk van een ziekenhuis hebben. Kennis van besluitvorming, planning en actoren binnen de ziekenhuisorganisatie is noodzakelijk om de literatuur adequaat te kunnen analyseren. Theorie en literatuurstudie vormen de hoofdpijlers om uiteindelijk het model van een spreidingshulpmiddel te kunnen opstellen.

De indeling van dit hoofdstuk is als volgt:

3.2 Theorieën over besluitvorming.

- 3.2.1 Besluitvormingstheorieën.
- 3.2.2 Aspecten van besluitvormingstheorieën toegepast in de gezondheidszorg: medische besliskunde en medical technology assessment (MTA).
- 3.2.3 Planningmethodieken in relatie met besluitvorming.
- 3.2.4 Cognitieve en affectieve aspecten van besluitvorming.

3.3 Theoretische beschouwing van de relevante actoren bij besluitvorming in een algemeen ziekenhuis.

- 3.3.1 Theoretisch functioneren van ziekenhuismanagement en medische staf.
- 3.3.2 Beïnvloedingssystemen.
- 3.3.3 Samenwerkingsmodellen.

3.4 Synthese van de verzamelde gegevens tot een theoretisch ordeningskader

Alle informatie die in de volgende hoofdstukken wordt verzameld, zal telkens worden geordend door middel van het theoretisch ordeningskader. Op deze manier is het mogelijk literatuur en veldonderzoek met elkaar in verband te brengen.

3.2 THEORIEËN OVER BESLUITVORMING

3.2.1 BESLUITVORMINGSTHEORIEËN

Inleiding

Alvorens enkele belangrijke besluitvormingstheorieën te gaan bespreken, wil ik eerst het veelvuldig gehanteerde begrip "beleid" definiëren. Ik gebruik hiertoe de definitie van Hoogerwerf (1978,651): "Beleid is het streven naar het bereiken van een bepaald doel, met het aanwenden van bepaalde middelen, volgens een bepaalde werkwijze, in een bepaalde tijdsvolgorde en periode. Beleidsverandering² begint als een actor een bestaande situatie als ongewenst beschouwt. Vervolgens starten twee processen, te weten:

"Het proces van beleidsontwikkeling, waarbij gezocht wordt naar de inhoudelijk beste methode ter oplossing van de ongewenste situatie.

Het proces van besluitvorming, wat een machtsproces is waarbij het gaat om het afwegen van de belangen."

De grens tussen deze twee processen is vaag en veelal vloeit het ene proces in het andere over en omgekeerd.

In deze subparagraaf zal aandacht worden besteed aan enkele belangrijke theorieën van besluitvorming, waarbij eerst de klassiek rationele theorie zal worden besproken. Vervolgens zullen drie descriptieve theorieën worden besproken. Simon (1957) introduceerde het begrip "bounded rationality", waarmee hij aangeeft dat het voor een beslisser onmogelijk is alle facetten van de werkelijkheid bij zijn beslissingen te betrekken. De beslisser maakt derhalve gebruik van een "beperkte werkelijkheid". Bij de bespreking van de theorieën kom ik daar nog uitgebreider op terug. Vervolgens bespreek ik medische besliskunde en medical technology assessment als voorbeelden van methoden in de gezondheidszorg, waarbij aspecten van besluitvormingstheorieën worden toegepast. Ten derde bespreek ik methoden van planning in relatie met besluitvorming. Tot slot besteed ik aandacht aan de cognitieve en affectieve aspecten van besluitvorming.

Klassiek rationele theorie

Aristoteles heeft reeds in 300 AD gewezen op de behoefte aan een wetenschap van het handelen. Aristoteles ging ervan uit dat de mens streeft naar een vervulling van zijn wensen, maar dat de mensen de juiste techniek missen om dit te verwezenlijken. In de "Discours de la Methode" geeft Descartes aan dat de mens in staat is zijn problemen te beheersen door alle stappen, van wensen tot de keuze van middelen, logisch te beredeneren. Hierop is de klassieke normatieve theorie gebaseerd. Berg (1988,623) geeft een heldere uiteenzetting van deze methode, die in het hiernavolgende is gecombineerd met de beschrijving die Van Aken c.s. (1983,486) geven:

In de klassiek-rationele theorie (ook wel klassiek-normatief genoemd) wordt verondersteld dat de rationele mens (*homo economicus*) optimale keuzen uit alternatieven maakt op zijn eigen, sterk gespecialiseerd gebied. Vooraf stelt hij doelen, waaraan de oplossing moet voldoen (voorkeurschaal). Hij kent elk alternatief en de gevolgen³ die daaraan zijn verbonden. Hij rangschikt alle reeksen⁴ van gevolgen op zijn voorkeursschaal, van de meest gewenste naar de minst gewenste. Uiteindelijk kiest hij dat alternatief dat het meest gewenste gevolg heeft.

Samengevat spelen bij dit keuzep proces drie beslissingspremissen (Simon, 1960) een rol:

- Feiten over de probleemsituatie.
- Conclusies over de te verwachten gevolgen van ieder alternatief.
- Waarden of voorkeuren ten aanzien van de gevolgen.

Deze klassiek-rationele benadering wordt toegepast in sequentiële fasemodellen (Van Aken, 1983,486) Een voorbeeld van een fasemodel dat bij een onderzoek naar strategische beslissingsprocessen in de gezondheidszorg is gehanteerd, is beschreven door Postma (1989,624)

Hij definieert de volgende fases:

Probleemherkenning⁵ >> Probleemdefinitie >> Probleemerkenning
>>
Probleemontwerp >> Ontwikkelen van alternatieven >> Beoordelen van
alternatieven >> Keuze van een alternatief >> Autorisatie
>>
Beslissing⁶

Hij onderscheidt echter twee soorten rationaliteit: Politieke en procedurele rationaliteit. Onder het eerste wordt verstaan dat er bij het aflopen van de fases rekening wordt gehouden met de omstandigheden. Hierdoor ontstaat enige⁷ beslissingsruimte.

Onder het tweede wordt verstaan dat alle fases sequentieel worden doorlopen.

Echter, men beschikt in het dagelijks leven vrijwel nooit over totaal inzicht (Koopman c.s., 1980,504). Een beslisser vormt zich een sterk vereenvoudigd en met name subjectief beeld van de werkelijkheid ("simplified model"). Simon (1957) wees er als één der eersten op dat in de praktijk nooit op voorhand alle alternatieven bekend zijn, evenmin als de gevolgen van deze alternatieven, en dat tot slot niet bekend is welk alternatief welk gevolg zal hebben. Daarnaast worden bij het zoeken nimmer alle alternatieven nagegaan, maar stopt men bij het vinden van een bevredigend alternatief. Hij noemde dit "bounded rationality". Gebaseerd hierop is een aantal besluitvormingstheorieën ontwikkeld die descriptieve theorieën worden genoemd. De drie belangrijkste worden hier behandeld.

Descriptieve theorieën

Berg (1988,623) heeft een schema opgesteld op basis van het onderzoek van Vlek & Michon (1980,502), waarbij kenmerken van een beslissingsprobleem op een schaal zijn gezet.

Bekendheid	groot	gering
Niveau van de beslisser ⁸	laag	hoog
Belang van consequenties	klein	groot
Tijdhorizon	nabij	ver af
Tijdsdruk	klein	groot
Complexiteit	gering.....	groot
Persoonlijke controle van beslisser op proces	groot	klein
Financiële consequenties	klein	groot.

Het laatste kenmerk is door mij aan de opsomming toegevoegd, omdat bij investeringsbeslissingen met name financiële consequenties een grote rol spelen. Deze consequenties worden in de discussies binnen de gezondheidszorg soms boven alle andere consequenties geplaatst (Evans, 1983,291,292; Plasmans, 1987,265).

Beslissingsprocessen die hoog scoren aan de linkerkant van de schaal voldoen doorgaans aan het normatief model. Beslissingsprocessen die hoog scoren aan de rechterkant, verlopen vaker volgens het descriptief model. Voordat de voorbeelden worden besproken, wordt het begrip "besluitvormingsproces" gedefinieerd. De definitie van Mintzberg (1976) sluit het beste aan bij de descriptieve theorieën: "A set of actions and dynamic factors that begins with the identification of a stimulus for action and ends with the specific commitment to action."

In onderstaande matrix worden de beide modellen tegenover elkaar gezet.

	Normatief oordeel	Bruikbaarheid
Rationele theorie	+	-
Descriptieve theorie	-	+

Onder bruikbaarheid wordt hier verstaan: "verklarend, voorspellend van werkelijk gedrag".

Het toepassen van rationele besluitvormingsmodellen is het nastreven waard, maar is veelal niet geheel mogelijk. In descriptieve modellen tracht men de werkelijkheid zo goed mogelijk te beschrijven om op basis daarvan beslissingen te kunnen nemen. Descriptieve modellen zijn derhalve geenszins minderwaardig aan rationele theorieën, alhoewel hun namen soms anders doen vermoeden.

*Satisficing search model (Simon)*⁹

Deze theorie is door Simon op basis van de door hem beschreven "bounded rationality" ontwikkeld. Beslissers bedienen zich van een zeer eenvoudig model van de werkelijkheid teneinde de werkelijkheid waar te nemen. Dit kan te maken hebben met de beperkingen van het brein bij het verwerken van informatie. Door Taylor is het search-concept eraan toegevoegd. Dit search-concept gaat ervan uit dat een individu net zo lang zoekt totdat hij de meest acceptabele oplossing heeft gevonden. Deze oplossing hoeft lang niet altijd de maximale of optimale te zijn. Het model wordt als volgt beschreven:

- Een beslisser neemt genoegen met een oplossing die voldoet aan een verzameling minimale eisen/voorwaarden.
- De minimale voorwaarden waaraan een oplossing moet voldoen, zijn meestal impliciet. De beslisser heeft er slechts een "vaag idee" van.
- Het herhaald zoeken naar een oplossing maakt deel uit van het beslissingsproces. Verschillende tentatieve oplossingen worden onderzocht.
- Er wordt een circulaire causaliteit¹⁰ gehanteerd.

In de satisficing-search-theorie is de beslisser reeds tevreden als een bevredigend resultaat is bereikt. Dit bevredigende resultaat hoeft niet slechter te zijn dan het resultaat dat zou zijn bereikt indien het mogelijk zou zijn geweest het rationele model toe te passen. In descriptieve modellen wordt meer geanticipeerd op de omgeving (de gepercipieerde werkelijkheid).

Garbage-can-model (March, Cohen, Olsen, 1975)

Model voor dit model staat de universiteit. Dit instituut functioneert in een schijnbare ordeloosheid, waarbij besluiten toevalligheden lijken. Een universiteit is echter tevens een voorbeeld van een professionele organisatie, waarbinnen vele netwerken zijn te onderscheiden. (Zie ook 3.3.) Dergelijke complexe organisaties¹¹ worden gekarakteriseerd (Koopman, 1980,504 & 1982,497) als organizational anarchies. Hiermee wordt bedoeld dat dergelijke organisaties zijn opgebouwd uit delen met tegengestelde doelen. De kwaliteit van de individuele medewerkers is daarbij uiteraard niet in het geding.

Kenmerken van het model zijn:

- Onduidelijke of inconsistente doelen van de organisatie.
- Voor de leden van de organisatie ondoorzichtige en weinig begrepen¹² technologie.
- Zeer wisselende participatie van de leden aan

In het garbage-can-model worden organisaties beschouwd als een verzameling van oplossingen, problemen, participanten en keuzegelegen-heden.

Het garbage-can-model gaat ervan uit dat:

- Potentiële oplossingen worden gekozen/overwogen zonder dat de explicitering van de doelen waarvoor zij dienen, plaatsvindt.
- Potentiële oplossingen worden gekozen/overwogen zonder dat de problemen waarvoor zij bedacht worden, vastgesteld zijn.
- Oplossingen kunnen aan problemen voorafgaan.

Als oorzaken voor de hantering van het garbage-can-model worden aangegeven:

- Complexiteit en onvolledigheid van de relevante informatie.
- Conflicterende doelstellingen van betrokken groepen.
- Sterk wisselende betrokkenheid, inzet en inzicht van de leden van de organisatie.
- De problemen zijn slecht gestructureerd en vol onzekerheid .
- De beslissers missen de informatie die zij menen nodig te hebben en worden overspoeld met nutteloze informatie.

- Problemen zijn te veelomvattend en kunnen niet eenduidig worden geformuleerd.
- Gepercipieerde doelen zijn te vaag en te inconsistent om richting te geven aan het zoeken naar oplossingen en deze oplossingen te evalueren.

Naderhand is er onderzoek gedaan in complexe organisaties om na te gaan of er toch geen systematiek aantoonbaar is (Koopman, 1980,504; Mintzberg, 1976,501). Uit deze onderzoeken blijkt dat de besluitvorming in dergelijke organisaties langs drie trappen verloopt:

Identificatie:

- Probleemherkenning.
- Voorlopige diagnose.

Ontwikkeling:

- Zoeken naar bestaande oplossingen.
- Ontwerpen van nieuwe oplossingen.

Selectie:

- Screening van de oplossingen.
- Keuze van de oplossing.
- Via "judgement", "bargaining" of "analysis"

Hierna volgt: Invoering van de oplossing¹³

Hieruit blijkt dat ook bij descriptieve modellen een sequentieel model kan worden teruggevonden. Het afwerken¹⁴ van dit drietrapsmodel gaat echter gepaard met vele terugkoppelingen, verstoringen, vertragingen, onderbrekingen e.d.

Koopman c.s. (1980,504) hebben gedurende drie jaar 217 beslissingen¹⁵ geanalyseerd, waarin zij het hiervoor geschetste model van Mintzberg hebben gevolgd. Zij zijn daarbij nagegaan welke groepen en hiërarchische niveaus in elk van de onderscheiden fases zijn betrokken. Zij concludeerden dat identificatiefase en selectiefase worden gedomineerd door de bedrijfsleiding. In de fase ontwikkeling laten het middenkader en de professionele staf hun invloed gelden.

De invloed op het besluitvormingsproces door het uitvoeringsniveau blijft beperkt tot de fase van invoering. De medezeggenschapscommissies hebben bij dergelijke middellange- en lange-termijnbeslissingen nauwelijks invloed op het besluitvormingsproces.

Koopman (1982,497) heeft de situatiefactoren bij besluitvorming in complexe organisaties als volgt in beeld gebracht.

- Aard¹⁶ beslissing:
 - Inhoud.
 - Consequenties.
- Formele macht:
 - Intern.
 - Extern.
- Primair criterium:
 - Kwaliteit.
 - Acceptatie.
- Conflict:
 - Type¹⁷.
 - Intensiteit.
- Beperkingen:
 - Tijd.
 - Geld¹⁸.

Dit schema is een hulpmiddel waarmee beslissers hun participatiestrategie kunnen bepalen.

Muddling-through-model (Lindblom, 1959,496)

Dit model is een integratie van het satisficing-search-model en het carbage-can-model. Lindblom heeft de wijzen waarop bestuurders in de publieke sector beslissen, geanalyseerd. Lindblom signaleerde dat deze bestuurders sterk gericht zijn op het bewaren van de status-quo. Zij zijn weinig genegen beslissingen te nemen die deze situatie ingrijpend zal doen veranderen. Bij het nemen van dergelijke beslissingen moet veel informatie worden verzameld, die verwerkt moet worden. Lindblom constateerde dat men werkt met "successive limited comparisons", wat hij heeft uitgewerkt en dat door mij als volgt is geïnterpreteerd:

- Selectie van doelen en de middelen om deze te bereiken, zijn nauw met elkaar verbonden.
- Doelen noch middelen worden omschreven, zodat elke analyse gebrekkig is.
- Een goede oplossing is een oplossing die reeds bekend is of waar men goede ervaringen mee heeft:
 - Deze gang van zaken heeft tot gevolg dat belangrijke positieve gevolgen, alternatieve oplossingen en afgeleide doelen niet worden geanalyseerd¹⁹ en dus niet herkend.
- Men maakt een opeenvolgende vergelijking van een beperkt aantal bekende doelen en middelen op hun toepasbaarheid om het probleem²⁰ op te lossen.

De methode kan worden gekenschetst als een incrementeel²¹ model. Radicale veranderingen kunnen op deze manier niet plaatsvinden, omdat steeds wordt uitgegaan van de bestaande situatie die gehandhaafd moet blijven²².

3.2.2 ASPECTEN VAN BESLUITVORMINGSTHEORIEËN TOEGEPAST IN DE GEZONDHEIDSZORG: MEDISCHE BESLISKUNDE EN MEDICAL TECHNOLOGY ASSESSMENT (MTA)

Inleiding

In deze subparagraaf zal worden stilgestaan bij een aantal nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van besluitvormingstheorieën.

Het betreft de medische besliskunde en de MTA. Deze twee benaderingen hebben vooral in de tweede helft van de jaren tachtig aandacht gekregen. Voor die tijd werd dergelijk onderzoek reeds uitgevoerd, maar kreeg het nauwelijks waardering. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in deze tijd van bezuinigingen, discussies over grenzen aan de zorg etc. behoefte ontstaat aan meer objectieve hulpmiddelen om beslissingen te nemen. Zowel medische besliskunde als MTA trachten elementen van de gezondheidszorg meer rationeel te benaderen. Beide methoden werken volgens een systematische benadering en trachten een zo objectief mogelijk beeld van de werkelijkheid te verkrijgen om op basis daarvan de medici respectievelijk de beleidsmakers in staat te stellen een beter afgewogen beslissing te nemen.

In het op te stellen model van een spreidingshulpmiddel wordt dit laatste eveneens nagestreefd.

Medische besliskunde

Definitie en plaatsbepaling

De medische besliskunde tracht de beslissingen die in het kader van diagnose en therapie worden genomen, te rationaliseren door deze in kaart te brengen met het oogmerk een betere besluitvorming tot stand te brengen. De medische besliskunde kan een hulpmiddel zijn bij een verantwoorde toepassing van het medisch diagnostisch en therapeutisch arsenaal. Het onnodig blootstellen van patiënten aan diagnostische of therapeutische ingrepen kan mogelijk worden voorkomen, wat een bijdrage zou kunnen leveren aan de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg. De medische besliskunde staat wat de acceptatie door de medici betreft nog in de kinderschoenen. De medici zijn nog onvoldoende gewend om op een meer geordende manier met besluitvorming om te gaan.

Elke arts heeft bij het nemen van besluiten te maken met allerlei onzekerheden. Enkele voorbeelden daarvan zijn (Weinstein, 1980,93):

- Fouten in gegevens.
- Verschillen in de interpretatie van gegevens.
- Onzekerheid over de relaties die bestaan tussen de verzamelde gegevens en de aanwezigheid van ziekte.
- Onzekerheid over de effecten van behandeling.

Door deze onzekerheden worden vaak meer diagnostische en therapeutische interventies uitgevoerd dan noodzakelijk is (Kassirer, 1989,134). Defensieve geneeskunde is hiervan het gevolg.

Kassirer (1976,91) beschrijft dat de medische opleiding nauwelijks aandacht besteedt aan de wijze waarop beslissingen totstandkomen. Daarentegen wordt het merendeel van de energie gestoken in het doceren van een enorm aantal feiten en methoden om informatie te verzamelen en deze te interpreteren. De medische student wordt geleerd wat te doen bij een bepaald cluster symptomen. Men kan de medische student weleens horen verzuchten dat de medische studie soms meer weg heeft van het uit het hoofd leren van een kookboek dan van een wetenschappelijke opleiding. De laatste jaren worden de principes van de medische besliskunde gedoceerd aan verschillende medische faculteiten in Nederland. In Groningen, Rotterdam, Nijmegen en Leiden zijn centra opgericht die zich met onderzoek naar de toepassing van medische besliskunde bezighouden.

In relatie tot dit onderzoek wordt opgemerkt dat medische besliskunde een ondersteunende rol kan spelen bij het definiëren van de momenten waarop toepassing van een nieuwe technologie bij een bepaalde patiënt wel of juist niet gewenst is. In het hiernavolgende wordt slechts de essentie van medische besliskunde weergegeven.

Technieken van de medische besliskunde

De medische besliskunde beschikt over een groot aantal technieken (Habbema, 1988,113). De belangrijkste worden besproken. De basistechniek is de "decision analysis".

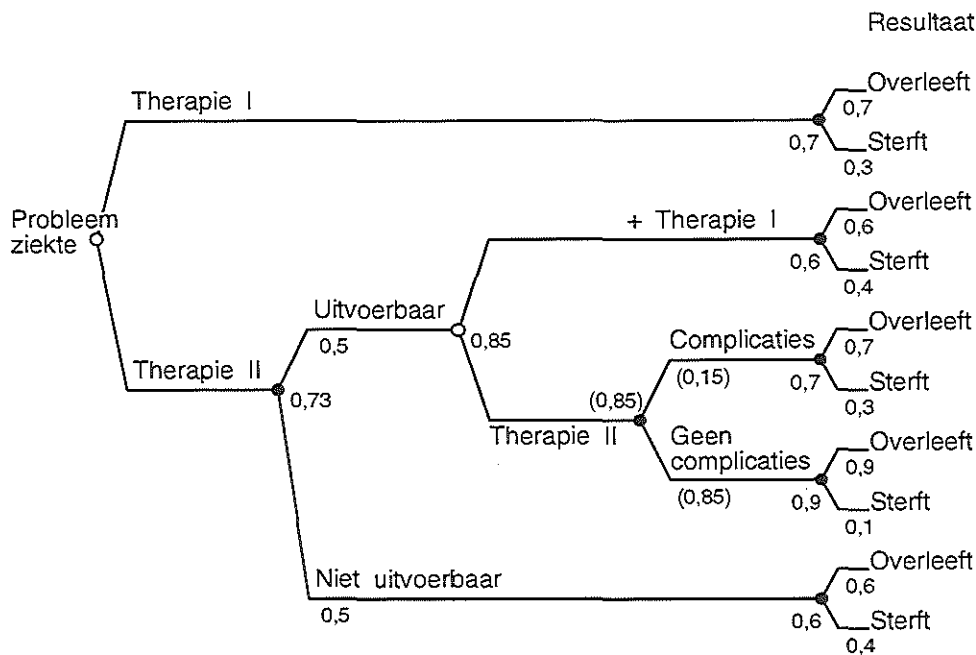
Deze techniek is gebaseerd op drie grondbeginselen (Weinstein, 1980,93):

- Het expliciteren van de variabelen van een beslissing.
- Het vervolgens quantificeren van de invloed van deze variabelen op de uiteindelijke beslissing.
- Het voorschrijven van de te nemen beslissing.

Het proces waarin de decision analysis totstandkomt, is in vier stappen onder te verdelen (Kassirer, 1976,91):

- Identificatie en afbakening van het besluitvormingsprobleem.
 - In deze stap identificeert men de diverse componenten van het besluitvormingsprobleem, waardoor men het terrein afbakt.
- Structureren van het besluitvormingsprobleem.
 - Het structureren van het probleem houdt in dat een beslisboom wordt geconstrueerd waarin op een logische wijze de keuzemomenten worden gevisualiseerd teneinde uiteindelijk een beslissing te kunnen nemen.
- Inventariseren en opzoeken van de benodigde informatie om de structuur te verstevigen.
 - Hierbij wordt de waarschijnlijkheid van aanwezig zijn van het alternatief gequantificeerd en daarnaast het effect van een keuze op het welzijn van de patiënt gewaardeerd.
- Het bepalen van het meest rendabele besluit.
 - In deze stap wordt een synthese gemaakt van de verzamelde gegevens in de vorige stappen, die uiteindelijk resulteert in een beslissing.

Het begrip "beslisboom" is gevallen en verdient een nadere toelichting (zie figuur 2). In de figuur is een eenvoudige beslisboom weergegeven. De open knopen zijn de beslis knopen.



Figuur 2: Voorbeeld van een beslisboom.

Hierop moet de beslissers actief een keuze maken. De dichte knopen zijn de kansknopen. Deze punten zijn afhankelijk van het ziekteverloop/ genezingsproces.

Bij de diverse knopen staan getallen vermeld, deze getallen hebben betrekking op de waarschijnlijkheid dat het desbetreffende pad gekozen wordt en wat daar dan vervolgens weer de consequenties van zijn. Deze getallen worden bepaald in een "assessment of probabilities". Deze assessment kan alleen door artsen verricht worden. De individuele arts maakt bij iedere beslissing (on)bewust een afweging van de waarschijnlijkheid dat het gekozen pad het juiste is voor de betrokken patiënt. Bij de medische beslissonde worden deze impliciete afwegingen geëxpliciteerd en uitgedrukt in maat en getal. Dit laatste is noodzakelijk, om de beslissingsanalyse te kunnen uitvoeren.

Om deze aspecten uit te drukken in maat en getal wordt artsen gevraagd naar de incidentie van bijvoorbeeld complicaties bij een bepaalde ingreep. Dit laatste vereist een aanpassing in het denken van artsen, omdat de arts eerder gewend is te denken in termen²³ van: frequent, niet frequent, zelden, sporadisch etc. Naast deze assessment of probabilities moet nog een assessment worden gedaan, namelijk de "assessment of Utilities". Deze tweede assessment is ingewikkelder omdat hierbij aan de keuze een waarde moet worden gegeven. Deze waarde heeft betrekking op de kwaliteit van leven die voor de patiënt het gevolg is van de gemaakte keuze. Voorbeelden hiervan zijn: verlichting van pijn; verhoging van de mobiliteit; duidelijkheid over de diagnose; verminderen van de kosten die door de patiënt moeten worden gemaakt in verband met zijn ziekte. Het is moeilijk dergelijke immateriële zaken in maat en getal vast te leggen. Is de assessment van probabilities voorbehouden aan medici, de assessment of utilities moet totstandkomen in een samenwerking van medici, patiënten en familie. Meestal wordt hierbij volledig herstel op 100 eenheden gesteld en dood op 0. Als er zich nu bijvoorbeeld complicaties voordoen, "kost" dit bijvoorbeeld 30 eenheden. Het is ondoenlijk om voor iedere patiënt afzonderlijk een dergelijke assessment te doen. Derhalve wordt gewerkt met grovere benadering. De utilities worden bepaald per groep patiënten met een vergelijkbaar ziektebeeld in een bepaalde leeftijdsklasse en een bepaalde sociale situatie. Om bepaalde takken van de beslisboom te wegeen wordt de probabilities met de utilities vermenigvuldigd. Hoe hoger de waarde, des te waarschijnlijker het wordt dat het beoogde effect wordt behaald. Concluderend, kan worden gesteld dat de keuzen die bij de behandeling van een patiënt gemaakt moeten worden, in samenhang met de consequenties van de keuzen expliciet kunnen worden beschreven. Hierdoor wordt meer inzicht verkregen in het besluitvormingsproces.

Beschouwing

Ridderikhoff (in Lebelle, 1986,613) heeft bestudeerd in hoeverre medische besliskunde een bijdrage kan leveren aan de besluitvorming van medici.

Hij concludeert dat een probleem aan een aantal randvoorwaarden moet voldoen, wil het met succes door de technieken van de medische beslis-kunde kunnen worden aangepakt:

- Op de beslis knopen in de beslisboom moet de keuze kunnen leiden tot hanteerbare en uitvoerbare acties.
- De toegepaste (be)handelingen dienen voortdurend te worden gecon-troleerd. Dienen zich onverwachte resultaten aan, dan moet het model snel kunnen worden aangepast.
- De "Utilities" (zie boven) moeten berekend kunnen worden.
- De cijfers voor de verschillende ziekteverlopen/genezingsprocessen moeten bekend zijn c.q. berekend kunnen worden uit reeds beschik-baar materiaal.
- Het aantal alternatieve procesgangen dient binnen een hanteerbare hoeveelheid te blijven.
- Alle gebruikers dienen dezelfde waarden, normen en standaarden²⁴ te gebruiken.
- De parameters dienen gedurende de beslisperiode²⁵ - die zich in de geneeskunde kan uitstrekken over langere tijd - niet te veranderen.
- De rationele beslisser dient op de cruciale momenten steeds de optimale weg te kiezen.

Met de opsomming van deze randvoorwaarden tracht Ridderikhoff aan te tonen dat medische besliskunde uit de aard van de geneeskunde niet snel een grote aanhang zal krijgen onder de praktizerende medici.

Echter, ontwikkelingen rond managementparticipatie, consensusbespre-kingen en de vergroting van het kostenbewustzijn hebben tot gevolg dat medici steeds vaker op hun diagnostisch en therapeutisch gedrag worden aangesproken. Sinds 1986 is de aanhang voor medische besliskunde gegroeid. In een onderzoek onder huisartsen en internisten stelde hij vast dat de onderzoeksgroep werkt volgens de eerderbeschreven satisficing-search-theorie. Hij concludeert dan ook dat het rationele model dat in de medische besliskunde wordt gehanteerd niet zondermeer het besluit-vormingsgedrag van de medici weerspiegelt. De geneeskunde heeft door de eeuwen heen getracht ordening aan te brengen in de oneindige ruimte die gevuld is met klachten, symptomen e.d. Door de steeds snellere ontwikkeling van de technologie heeft de arts steeds meer mogelijkheden. De variabiliteit in ziekteverlopen en de fluctuatie in de waarderingen van een ziekte-toestand brengt met zich mee dat het uitermate moeilijk is volgens het rationele model te werk te gaan.

Dit spoort met de eerdergemaakte opmerkingen dat een complex proces niet in de normatieve theorie is te vatten, maar wel in een descriptieve. Ridderikhoff eindigt met de volgende conclusie:

"Zolang de geneeskunde zich (nog) niet presenteert, of kan presenteren, in een deductief, logische zin, lijkt mij een geformuleerde besluitvorming, van welke aard dan ook, hoogstens een zaak van de verre toekomst."

Deze conclusie steun ik slechts ten dele, omdat goed afgrensbare problemen door toepassing van computers op een efficiënte wijze door de medische beslistkunde kunnen worden bewerkt. De acceptatie van medici hangt ten nauwste samen met de snelheid van handelen. Impliciet wordt hiermee bedoeld op de angst voor het verlies van macht. Indien zij door toepassing van medische beslistkunde hun beslissing later dan zij gewend waren, kunnen nemen, zullen zij de methode niet accepteren. Wanneer het door niet-medici wordt uitgevoerd evenmin. Op het moment echter dat een collega-medicus de voordelen duidelijk maakt en de medisch-beslistkundige analyse door hen zelf snel kan worden uitgevoerd, bestaat een goede kans op acceptatie²⁶. Wanneer men het gedrag van actoren kan voorspellen, is het op die manier mogelijk de werkelijkheid te beïnvloeden. Er dient derhalve meer aandacht te worden besteed aan de gedragscomponent²⁷.

Medische technology assessment (MTA)

Inleiding en definitie

Technology assessment wordt apart besproken, omdat het een recent voorbeeld is van toepassing van aspecten van besluitvormingstheorie in de gezondheidszorg. Daarnaast heeft MTA de afgelopen jaren een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt en heeft een aanwijsbare invloed op de discussie rond spreiding van KMT (Bonsel, 1990,515). Als voorbeeld van dit laatste wordt gewezen op IVF (Haan, 1989,132).

Technology assessment is ontstaan in de Verenigde Staten (Rutten, 1989,307). In 1972 besloot het Amerikaanse congres tot de oprichting van het Office of Technology Assessment (OTA). OTA diende het congres in een vroege fase te informeren over de consequenties van invoering van een nieuwe technologie.

In een vroege fase, zodat het congres zijn beleid - om over te gaan tot introductie of juist nog te wachten - gedeeltelijk op deze informatie kan baseren. OTA kreeg een budget om dergelijk onderzoek te kunnen uitvoeren.

In 1988 is in Nederland het Instituut Medical Technology Assessment²⁸ (iMTA) opgericht, dat zich bezighoudt met TA van medische technologie. De MTA heeft de laatste jaren in Nederland veel terrein gewonnen. MTA heeft zich reeds een positie kunnen verwerven binnen de beleids-/besluitvormingsprocessen in het gezondheidszorgveld. MTA wordt als volgt gedefinieerd:

"Het geheel van activiteiten en alle daarbij gebruikte methoden om zo vroeg mogelijk de verschillende aspecten en consequenties van een technologische ontwikkeling voor verschillende groepen uit de bevolking, liefst in hun onderlinge samenhang, te bestuderen ter wille van de maatschappelijke inpasbaarheid van de desbetreffende technologie" (Beleidsnota IWTS).

Meer praktijkgericht benaderd, formuleren wij het als volgt: Een MTA heeft ten doel een bijdrage te leveren bij de discussie rond een medische technologie in het algemeen en het besluitvormingsproces in het bijzonder.

Het begrip "technologie" wordt in dit verband breed geïnterpreteerd. Het heeft zowel betrekking op de introductie van bijvoorbeeld thuiscontrole van diabetici, als op kostbare technologieën zoals PET²⁹, MRI en CT. MTA is in korte tijd zeer bekend geworden. Habbema c.s. (1989,615) noemt ter verklaring daarvan de volgende argumenten:

- De toename in diagnostische en therapeutische mogelijkheden, de steeds snellere opeenvolging van vernieuwingen en de explosieve groei van de medische kennis.
- De toenemende vraag naar kwaliteit, zekerheid en informatie van de kant van de consument; met andere woorden, vermaatschappelijking van de besluitvorming.
- De duidelijke politieke wil om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen en om deze beheersing op zo rationeel mogelijke wijze uit te voeren.
- De toenemende behoefte van beleidsmakers om het volksgezondheidsbeleid wetenschappelijk te onderbouwen, en liefst ook te toetsen in termen van gezondheidseffecten.

Rutten (1985,302) geeft de volgende economische argumenten:

- De toepassing van medische technologie gaat veelal gepaard met grote investeringen en meestal heeft dit exploitatiegevolgen. Met een krappere budget wil men vooraf een zo volledig mogelijk beeld hebben van de financiële implicaties.
- De baten in termen van "toevoegingen aan de gezondheidstoestand van de bevolking" hoeven niet altijd op te wegen tegen de kosten van de investerings- en exploitatiekosten van een nieuwe technologie. Voor aanschaf wil men in toenemende mate meer informatie hebben over de kosten-batenverhouding.

Deze argumenten zijn alle juist. In de argumentatie gaan de auteurs echter uit van een rationele besluitvorming. Hieraan kan, mede in het licht van hetgeen in de vorige paragrafen uiteen is gezet, worden getwijfeld. MTA-onderzoek dient net als vele andere instrumenten te worden gezien als een hulpmiddel bij de besluitvorming.

MTA-onderzoek kan worden verricht in vrijwel elke fase in de levenscyclus van een technologie.

Dus niet alleen bij de introductie, maar ook bij de afschaffing van een technologie (Ontwikkelingsgeneeskunde versus afwikkelingsgeneeskunde). Deze levenscyclus is beschreven door McKinlay. Hij presenteerde in 1982 het volgende model voor de levenscyclus van een technologie:

Fase 1: Hoopvolle berichten.

In deze fase wordt uitsluitend de loftrumpet gestoken om de "ongekende" mogelijkheden van de nieuwe technologie te onderstrepen. Het lijkt er in deze fase vaak op of een panacee is uitgevonden, waar niets mee kan misgaan.

Fase 2: Professionele adoptie.

In deze fase wordt de steun van toonaangevende medici gezocht om druk uit te kunnen oefenen op het management, teneinde zo snel mogelijk de nieuwe technologie te kunnen gebruiken.

Fase 3: Publieke acceptatie.

Nadat de technologie is geïnstalleerd in een aantal ziekenhuizen, raakt het publiek ervan overtuigd dat de technologie werkelijk waarmaakt wat zij belooft, en er ontstaat een druk op de politiek om de technologie voor een breed publiek toegankelijk te maken³⁰.

Fase 4: Standaardprocedure.

De technologie raakt ingeburgerd en is ruim voorhanden.

Fase 5: Gerandomiseerd onderzoek.

Pas nadat de technologie een standaardprocedure is geworden, gaat men gerandomiseerd onderzoek doen om de waarde van het onderzoek ten opzichte van andere onderzoeksmethodieken te bepalen. Opmerkelijk is dat het gerandomiseerde onderzoek zelfs in deze fase nog op weerstanden stuit.

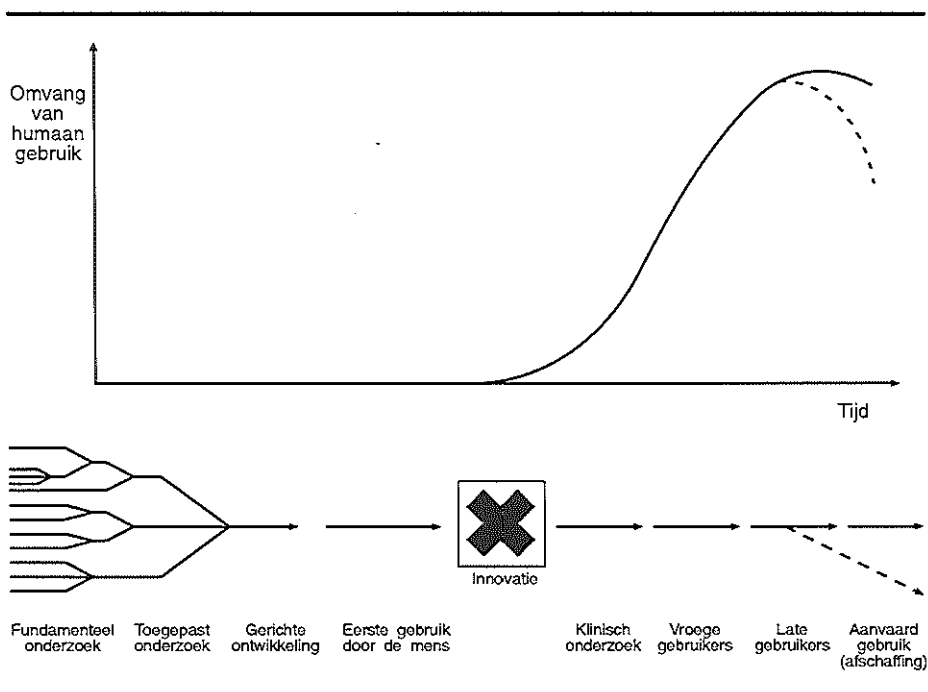
Fase 6: Professionele veroordeling.

Als de resultaten van het gerandomiseerde onderzoek aangeven dat er toch bedenkingen zijn tegen de aanvankelijk zo positief beschouwde technologie, kan een veroordeling van de professie volgen en kan in het uiterste geval de desbetreffende technologie als obsoleet worden bestempeld. De medici die zich hard hebben gemaakt voor de introductie van de betreffende technologie proberen op vele manieren het gerandomiseerde onderzoek onderuit te halen en zodoende het vaandel van de technologie hoog te houden.

Fase 7: Erosie en diskrediet.

Op een gegeven moment in de ontwikkeling raakt de technologie in diskrediet. Veelal omdat er een nieuwe, wederom veelbelovende technologie aan de horizon verschijnt, waarmee het imago van de medische professie weer kan worden verrijkt.

Een vereenvoudigde weergave van de levenscyclus wordt in figuur 3 gegeven (Habbema c.s., 1989,615³¹).



Figuur 3: **Levenscyclus van een medische technologie.**
(Bron: Office of Technology Assessment, 1976.)

Bij de uitvoering van een MTA wordt aandacht besteed aan diverse maatschappelijke aspecten van de te onderzoeken medische technologie ten opzichte van andere technologieën.

Dit zijn aspecten, zoals:

- medische effectiviteit³²
- kostenaspecten
- juridische aspecten
- ethische aspecten
- organisatorische aspecten
- sociale aspecten.

Om aan al deze aspecten aandacht te besteden, wordt bij de uitvoering van een MTA gewerkt in een multidisciplinair samengesteld onderzoeksteam.

MTA-onderzoek

MTA-onderzoek valt in twee hoofdgroepen uiteen:

- MTA-onderzoek, waarbij naast een uitgebreide gegevensverzameling, zelf experimenten (patiëntgebonden onderzoek) worden verricht om gegevens te verkrijgen.
- MTA-onderzoek, dat gebaseerd is op een synthese van literatuurgegevens, meningen etc.

De eerste hoofdgroep is tijdrovender en kostbaarder dan de tweede, omdat men daar zelf experimenteel onderzoek gaat verrichten. De voordelen zijn:

- Het opbouwen van een bestand van op uniforme wijze verzamelde data.
- Het objectief vergroten van het inzicht in de klinische betekenis van een bepaalde technologie.
- Het biedt de mogelijkheid na het afsluiten van het onderzoek de ontwikkeling van de onderzochte technologie te vervolgen door de uniforme dataverzameling ook na de spreiding van de technologie voort te zetten.

De tweede hoofdgroep mist de voordelen van de eerste, maar is minder kostbaar en tijdrovend. Onderzoek uit deze tweede hoofdgroep wordt het meest frequent toegepast³³.

Karakteristieken van MTA-onderzoek zijn:

- Gerichtheid op besluitvorming.
- Nadruk op synthese.
- Interdisciplinair karakter.
- Vergelijking van alternatieven.
- Wetenschappelijk c.q. expliciet.
- Toekomstgerichtheid.
- Maatschappelijk getinte rapportage.

Bij MTA-onderzoek is de bepaling van de gezondheidseffecten van medische technologieën van belang. Het gaat daarbij met name om de "efficacy" en "effectiveness" van de medische technologie. Onder de term "efficacy" wordt verstaan (Mackenbach in Habbema c.s., 1989,615):

"De mate waarin een medische technologie, onder optimale omstandigheden en voor een nader omschreven risico- of patiëntengroep, in staat is de incidentie of prognose van een bepaald gezondheidsprobleem in gunstige zin te beïnvloeden."

Onder effectiveness wordt verstaan:

"De mate waarin een medische technologie bij toepassing onder normale condities in staat is, de incidentie of prognose van een bepaald gezondheidsprobleem in de bevolking in gunstige zin te beïnvloeden."

Efficacy kan worden bepaald door een zogenaamde Randomized controlled trial³⁴ uit te voeren. Om de effectiveness te bepalen, moet de "volksgezondheid" met behulp van epidemiologische studies worden bestudeerd. De doeltreffendheid zou men kunnen voorstellen als het produkt van:

- de werkzaamheid
- de proportie uit het totale aantal patiënten in de bevolking waarvoor die werkzaamheid geldt
- de proportie van het totale aantal patiënten in de bevolking die in contact komt met de gezondheidszorg
- de sensitiviteit van de diagnostische procedures die worden gebruikt om patiënten te identificeren, die in aanmerking komen voor toepassing van de medische technologie
- de mate van compliance³⁵ met de normen voor toepassing van zowel de verstrekker als de ontvanger van de interventie.

De hiervoor staande opsomming wordt gedekt door het begrip "effect-evaluatie". In mijn onderzoek daarentegen wordt aandacht besteed aan het analyseren van besluitvormingsprocessen in het verleden (3 cases) om daaruit conclusies af te leiden voor de benadering van dergelijke processen in de toekomst.

Door het interdisciplinair zijn van MTA zijn er overlappingsen met andere disciplines³⁶. De afbakening van MTA-onderzoek is dan ook vrij arbitrair. Habbema (1989,615) noemt MTA-onderzoek de pendant van de klinische beslistkunde. Het MTA-onderzoek is een syntheseonderzoek om de besluitvorming over medische technologieën te ondersteunen, waar klinische beslistkunde een syntheseonderzoek is om de besluitvorming bij de individuele patiënt te ondersteunen.

Beschouwing

Uit het hiervoor genoemde is af te leiden dat in ons onderzoek elementen zitten die raken aan MTA-onderzoek. Echter, ons onderzoek vergelijkt geen technologieën met elkaar. Het tracht echter een hulpmiddel te ontwikkelen, waarmee de verspreiding van een technologie op een meer rationele wijze kan plaatsvinden. Bij het invullen van het hulpmiddel voor een bepaalde technologie wordt echter wel gebruikgemaakt van methoden die eveneens door MTA-onderzoekers worden gebruikt, zoals de meta-analyse. Resultaten van MTA-onderzoek kunnen, indien reeds beschikbaar, worden gebruikt bij het invullen van het hulpmiddel. In de literatuurstudie wordt bekeken in hoeverre in het verleden MTA- of MTA-verwantonderzoek is verricht, alvorens een besluit werd genomen.

3.2.3 PLANNINGMETHODIEKEN IN RELATIE MET BESLUITVORMING

Inleiding

Planning kan worden beschouwd als een toepassing van besluitvormingstheorie. Het besluitvormingselement ligt reeds besloten in de definitie van planning in de breedste zin:

"Planning is een activiteit, gericht op het voorzien en min of meer beïnvloeden van de toekomstige werkelijkheid³⁷."

Planning maakt derhalve gebruik van modellen, waarmee het de toekomstige werkelijkheid tracht te beschrijven, hierdoor sluit planning aan op de descriptieve modellen. Bij planning wordt echter wel getracht deze beschrijving zo rationeel mogelijk te laten zijn.

Spreiding maakt in mijn visie deel uit van planning en wordt in het kader van dit onderzoek als volgt gedefinieerd:

"Het zodanig verdelen van technologie dat een effectieve, efficiënte en doelmatige spreiding over een bepaald gebied ontstaat."

Planning heeft een aantal dimensies:

- De mate van voorspelbaarheid.
- De mate van beheersbaarheid.
- De mate van omvattendheid.
- De mate van detaillering.

Rosenthal (1977,459) merkt tevens op dat als men bepaalde doeleinden wil verwezenlijken of ongewenste ontwikkelingen wil tegengaan, men dikwijls niet buiten planning kan. De kunst van het plannen is om een zodanige planning op te zetten dat deze in overeenstemming is met het politiek en technisch mogelijke en het uit democratisch oogpunt wenselijke³⁸.

Planning is daarnaast een besluitvormingsproces met als inzet hetgeen in hiervoor staande definities is opgenomen. Blum (1988) geeft een bruikbaar overzicht van planningstrategieën in de gezondheidszorg.

In hiernavolgend schema zijn de door Blum benoemde planningstrategieën vereenvoudigd weergegeven.

Schema planningstrategieën vrij naar Blum (1988)

- Laissez-faire-planning.
Geen enkele vorm van planning, men ziet wel wat de toekomst brengen zal.
- Minimale planning door het verduidelijken van problemen.
Door probleemverduidelijking kunnen huidige problemen worden opgelost. Hierdoor kan men de toekomst in zeer beperkte mate beïnvloeden.

- **Allocatieve planning.**
Op basis van het financiële regulatie beïnvloeden van problemen. Hierdoor regelt men de nabije toekomst, door op basis van beleid te alloceren. Wanneer deze planning juist wordt toegepast, kunnen nieuwe problemen worden voorkomen.
- **Probleemoplossende planning.**
Door analyse van de huidige problemen oplossingen formuleren, waardoor de huidige problemen kunnen worden opgelost en de toekomstige problemen reeds nu kunnen worden gesignaleerd. Hierdoor kan op die problemen worden geanticipeerd.
- **Toekomstgerichte planning.**
Door voorspellingen op basis van trends financiën alloceren met het oog op de toekomst. Anders gezegd, vooraf geldstromen bijstellen op basis van de toekomstanalysen.
- **Exploratieve planning.**
Op basis van trendanalyse verschillende scenario's ontwikkelen voor de toekomst. Alloceer gelden op basis van het scenario dat het meeste zekerheid geeft uitgaande van de huidige situatie.
- **Normatieve planning.**
Formuleer de in de toekomst gewenste situatie en synthetiseer daaruit de normen voor nu. Plan als het ware vanuit de toekomst.
- **Totale planning.**
Alles wordt in een planning vastgelegd, zowel het heden als de toekomst.

Deze 8 strategieën kunnen worden afgezet op een glijdende schaal. Behalve de totale planning komen alle strategieën in de intramurale gezondheidszorg voor. Lapré (1988,423) heeft de planningattitude van de gezondheidszorg in de jaren zestig, zeventig en tachtig geanalyseerd en komt tot de volgende conclusies. Planning in de jaren zestig kan het best omschreven worden als blauwdrukplanning³⁹, hetgeen inhoudt dat men systematisch poogt te komen tot een rationele ordening van de samenleving. Deze planning heeft als kenmerken:omvattendheid, wetenschapelijkheid, lange-termijngerichtheid en oriëntatie op een eindsituatie.

Aan het einde van de jaren zestig begint men zich te realiseren dat een dergelijke benadering niet geheel in overeenstemming is met de werkelijkheid. Als reden wordt gewezen op het feit dat de "buitenwereld" niet functioneert als een rationeel geheel. Als reactie op de blauwdrukplanning komt in de jaren zeventig de procesplanning⁴⁰ tot bloei, met als kenmerken: flexibiliteit, cyclisch karakter, middellange-termijnperspectief en minder nadruk op het bereiken van de geplande eindsituatie. Met deze vorm van planning wordt een koers vastgesteld die in de loop der tijd aan de hand van nieuwe gegevens kan worden bijgesteld. In de jaren tachtig wordt het accent meer gelegd bij inhoudelijke aspecten van de planning en gaat de doelbepaling een rol spelen. In dit verband wordt ook wel gesproken van "indicatieve planning" en van "communicatieve planning". Beide begrippen zijn ontstaan doordat in de jaren de nadruk bij de planning is komen te liggen op een interactief proces, dat gericht is op het verkrijgen van een indicatie voor de ontwikkelingen op relatief korte termijn. Een andere vorm van planning die in de jaren tachtig tot bloei is gekomen, is de scenarioplanning⁴¹. Deze planning is meer gericht op het aangeven van ontwikkelingen op de lange termijn en op welke manieren daarop gereageerd kan worden (scenario's). De rijksoverheid heeft hoge prioriteit gegeven aan het opstellen van scenario's voor diverse gezondheidszorg- en maatschappelijke vraagstukken (STG, 1990,559).

Als men de Nederlandse gezondheidszorgplanning beschouwt zijn er elementen uit de meeste van deze 8 planningstrategieën te signaleren. Op dit moment echter, heeft in het planningdenken in Nederland de allocatieve planning in het kader van de beheersing van de kostengroei de overhand gekregen.

Planning kan op meerdere manieren worden verdeeld. Zo is er een verdeling in korte-, middellange- en lange-termijnplanning, waarbij de eerste twee categorieën te bestempelen zijn als operationele planning. De lange-termijnplanning kan dan als strategische planning worden gedefinieerd. In ziekenhuizen wordt een dergelijke indeling veelal gevolgd.

In dit onderzoek is nagegaan welke factoren invloed hebben op de planning van spreiding van technologie. Een veelheid aan factoren is aangetroffen. Raeber (1986) heeft echter deze veelheid gegroepeerd in drie clusters⁴² met elk hun eigen typering:

- Politieke factoren.
- Inhoudelijke factoren.
- Maatschappelijke factoren.

Op deze drie clusters ga ik het hiernavolgende nader in.

Politieke factoren

Voor de planning in de gezondheidszorg spelen zowel partijpolitieke als bureaupolitieke factoren een belangrijke rol. De bewindspersonen⁴³ zijn verantwoording schuldig aan het kabinet, aan de Staten Generaal en aan hun politieke achterban.

De ambtelijke top⁴⁴ dient ervoor zorg te dragen dat de continuïteit van het proces gewaarborgd blijft. Deze factoren kunnen in hoge mate de richting van de planning bepalen. De invloed van partijpolitieke factoren laat zich het duidelijkst waarnemen bij regeringswisselingen. Als voorbeeld wijs ik in dit verband op de ontwikkeling in Nederland in 1989 toen staatssecretaris Simons van WVC aankondigde de uitvoering van het plan-Dekker nog eens te laten bestuderen. In 1990 presenteerde hij zijn eigen plan dat na analyse een aangepaste versie van plan-Dekker bleek te zijn. Dit heeft echter wel tot gevolg dat de stelselherziening verder vertraagd wordt, omdat de inspraakronde weer gedeeltelijk moet worden herhaald. Radicale veranderingen worden door bureaupolitieke factoren gebufferd, waardoor er veelal een geleidelijk proces ontstaat, wat voor een deel een verklaring is voor de traagheid van het systeem.

Een andere politieke factor die van invloed kan zijn, is het "stokpaardje". Indien politici of ambtenaren (binnen zekere kaders) stokpaardjes gaan berijden, wordt de planning zodanig gekleurd, dat er van echte planning volgens de definitie geen sprake meer is. Als voorbeelden van dergelijke stokpaardjes kunnen de niersteenvergruizer, by-pass-chirurgie en de Dotter-behandeling dienen.

Inhoudelijke factoren

De inhoudelijke factoren vallen in twee delen uiteen:

- De ontwikkelingen in het geneeskundig denken.
- De mogelijkheden van de technologie.

Beide deelclusters zal ik illustreren aan de hand van voorbeelden uit de literatuur.

Showstack c.s. (1982,290) hebben onderzoek verricht naar de wijze waarop de ontwikkeling in het geneeskundig denken het gebruik van medische technologie heeft beïnvloed in de periode 1972 - 1977.

Hiertoe hebben de onderzoekers een tiental diagnoses geanalyseerd op het beslag dat zij leggen op de diagnostische en therapeutische procedures. Een belangrijke conclusie was dat er sprake was van een intensivering van het gebruik van diagnostische en therapeutische procedures en een afname in het gebruik van ziekenhuisbedden. Dit is de nog steeds voortschrijdende verschuiving van kliniek naar polikliniek. Een belangrijke constatering is dat in de onderzochte periode geïntroduceerde nieuwe technologie, als nucleaire geneeskunde, echografie, intensief werden gebruikt *zonder* dat het gebruik van voor de diagnostiek vergelijkbare radiodiagnostische procedures afnam. De auteurs concluderen dat de toepassing van een nieuwe medische technologie bij een bepaalde categorie patiënten bijdraagt aan de kostengroei van een ziekenhuis. Daarnaast concluderen zij dat de introductie van een nieuwe technologie de kosten structureel met een bepaald percentage doet toenemen⁴⁵. Als reden hiervoor geven zij aan dat de nieuwe technologie naast de oude technologieën wordt gebruikt. Tot slot concluderen zij dat snel na de introductie de indicatie voor toepassing van de nieuwe technologie wordt verruimd, omdat de medici van mening zijn dat nu de nieuwe technologie door het ziekenhuis is aangeschaft, de mogelijkheden ervan ten volle benut dienen te worden. Tijmstra (1987,305) noemt dit het imperatieve karakter van de medische technologie. Hij beschrijft het als volgt:

....."de betrokkenen hadden vooral het gevoel dat ze "de aangeboden kans" niet konden laten lopen".....

In hetzelfde artikel werpt hij de vraag op of alle patiënten uit een bepaalde categorie tijdens het diagnostisch en therapeutisch proces aan de nieuwe technologie dienen te worden onderworpen. Van Crevel e.a. (1987,306) geven in dit verband het spanningsveld aan:

"De medici zoeken naar mogelijkheden waarmee ze hun diagnostisch en therapeutisch arsenaal kunnen verbeteren c.q. uitbreiden, teneinde een zo nauwkeurig mogelijk beleid uit te stippelen. Ondernemers zoeken naar nieuwe markten om bestaande en nieuwe produkten af te zetten. Verzekeraars en ziekenhuismanagement zoeken naar mogelijkheden om betere en vooral goedkopere zorg te kunnen leveren."

De drie geschetste belangen zijn gedeeltelijk tegenstrijdig. De medici worden in hun mening echter gesteund door de ethische code die in 1949 door de World Medical Association is vastgesteld. Deze code luidt, dat de arts "all the resources of his science" aan de patiënt verschuldigd is. In voornoemd artikel wordt gepleit voor het invoeren van medische technologie op basis van een kosten-batenanalyse en/of een kosten-effectiviteitsanalyse. Met andere woorden, er wordt gepleit voor MTA. Evaluatie van een medische technologie vooraf en achteraf staat nu sterk in de belangstelling, maar een belangrijke vraag is: Wat wordt er met de uitkomsten van dergelijke evaluaties gedaan? Anders gezegd: Wat is de invloed op het besluitvormingsproces? en: Wat is de invloed op het medisch handelen? Gutzwiller c.s. (1989,297) merken in dit verband op dat een goede evaluatie vóór een brede introductie van een nieuwe technologie meer invloed op het gebruik ervan zal hebben dan een studie die na verspreiding van technologie wordt verricht. Straten c.s. (1989,212) zijn echter van mening dat een evaluatie achteraf bijna nooit wordt verricht, of als deze wel wordt verricht, aan de resultaten geen consequenties worden verbonden⁴⁶. Zij constateerden dat medici de resultaten van een evaluatiestudie op drie manieren benaderen. Namelijk:

Positief

Herkenning van de resultaten en bereidheid tot aanvaarding. Een positieve waardering is afhankelijk van onder andere de volgende factoren:

1. De uitkomsten moeten duidelijk laten zien dat de zorg verbeterd kan worden door volgens het protocol dat gebruikt is in de evaluatiestudie te werken.
2. De uitkomsten tonen een niet op grond van geaccepteerde medische criteria te onderbouwen overmatig gebruik van de technologie aan. Men zal dan nagaan in hoeverre het gebruik zal kunnen worden beperkt.

Negatief

Negatieve waardering kan zich op drie manieren uiten:

- a. De medici erkennen de opzet en daarmee de resultaten van het onderzoek niet. Zij wijzen de voorgestelde veranderingen op grond van dat⁴⁷ onderzoek af.
- b. De medici hebben twijfels over de opzet en resultaten van het onderzoek en nemen een afwachtcnde houding aan.
- c. Ondanks de resultaten van een evaluatiestudie zijn zij niet bereid hun handelwijze aan te passen.

Non-acceptatie

Bij non-acceptatie gaat verder dan de negatieve waardering. Men wijst alle onderzoeken op een bepaald gebied af, omdat:

1. De ideeën van de medici zijn niet terug te vinden in de resultaten van de evaluatie.
2. De medici hebben de indruk dat er fouten zijn gemaakt bij de uitvoering, analyse en interpretatie van het onderzoek.
3. De medici worden geconfronteerd met meerdere elkaar tegensprekende onderzoeken.
4. De medici hebben het vermoeden dat de onderzoeksgroep de resultaten van de evaluatie in een bepaalde richting hebben geïnterpreteerd.

Elk van deze items kan afzonderlijk of in combinatie met andere naar voren worden gebracht.

Een ander inhoudelijk aspect wordt aangegeven door Broeders (1989,295). Zij stelt na een literatuurstudie vast dat er bij de introductie van nieuwe medische technologie nauwelijks uitspraken vooraf worden gedaan over de wenselijkheid van de desbetreffende technologie. Zij erkent dat het hier om complexe vraagstukken handelt en concludeert dat deze kunnen leiden tot vermijdingsgedrag.

Zij geeft voorbeelden van vermijdingsgedrag:

- Men doet niets, ontkent het probleem of beschouwt het als onoplosbaar.
- Men stelt de beslissing uit op grond van het hebben van onvoldoende informatie en/of inzicht.
- Men vervormt het probleem tot een eng geformuleerd juridisch of economisch vraagstuk en maakt het daarmee tot een allocatie- of beheersingsvraagstuk.
- Men zoekt naar of ontwikkelt harde criteria die een houvast lijken te bieden bij de advisering of besluitvorming.
- Men valt terug op redeneringen die zijn gebaseerd op (eigen) belangen en weet daarvoor achteraf een acceptabele morele verantwoording te vinden. De risico's op negatieve neveneffecten worden lager ingeschat.
- Men richt zich op korte-termijngevolgen; de gevolgen op lange termijn worden als "niet te overzien" beschouwd, ondanks het feit dat de gevolgen vaak goed te benoemen zijn, maar niet te quantificeren.

Ter voorkoming van vermijdingsgedrag pleit zij voor het ontwikkelen van een beslismodel dat transparant van opzet is.

Maatschappelijke factoren

Onder maatschappelijke factoren kunnen worden verstaan zaken die in de publieke opinie opgeld doen zonder dat deze direct voortkomen uit de politieke of inhoudelijke discussies.

Als voorbeeld van een maatschappelijke factor zou kunnen dienen de toename van de mondigheid van patiënten. Patiënten zien kostenbeheersing in de gezondheidszorg als een politiek probleem, dat moet worden opgelost binnen de kaders van de Grondwet, waarin het recht op gezondheidszorg staat verwoord. Zij eisen eenvoudigweg de beste behandeling voor hun kwaal. Zij bekijken de ontwikkelingen in de gezondheidszorg zeer kritisch en waken voor kwaliteitsverlies van de zorg.

Zo wijst Van Es (1986,654) erop dat de wensen c.q. de eisen van de patiënt de medicus steeds vaker drijft naar toepassing van technologische procedures bij de diagnose en therapie.

Als oorzaak voor deze tendens noemt Van Es de toegenomen aandacht voor medische ontwikkelingen in de media.

Een andere maatschappelijke factor waaraan de laatste jaren veel aandacht wordt besteed, is de ethiek. Door de snelle vlucht van de medische technologie is men zich gaan afvragen hoe ver men bij de toepassing van de technologie wil gaan. De problematiek rond IVF is daar exemplarisch voor. Het uitgebrachte MTA-rapport over IVF geeft duidelijk aan wanneer IVF is geïndiceerd. De professie heeft zich echter (nog) niet onomwonden uitgesproken voor het hanteren van de resultaten van het MTA-onderzoek. In 1989 staat de discussie rond de selectie van patiënten in de belangstelling. De aanleiding hiertoe was een krantenbericht dat een gezondheidsraadcommissie had geadviseerd omtrent in- en exclusiecriteria bij de selectie van patiënten voor het ondergaan van een harttransplantatie. In dit advies was selectie op leeftijd opgenomen. Boven de 55 jaar geen harttransplantatie. Een storm van kritiek ontstond en er ontstond een maatschappelijke discussie over deze problematiek. Selectie van patiënten is een logische consequentie van de snelle technologische ontwikkelingen in combinatie met beperkte financiële middelen. Een uitvloeisel van deze discussie heeft geleid tot een verhoogde aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Een analoge ontwikkeling heb ik reeds geschetst in het voorbeeld van het Catharina ziekenhuis te Eindhoven. De opstelling van de ziektekostenverzekeraars was opmerkelijk. Zij stelden namelijk dat zij het ziekenhuis niet verboden hadden om te Dotteren, maar dat het ziekenhuis zelf verantwoordelijk is voor de verdeling en besteding van zijn budget.

3.2.4 COGNITIEVE EN AFFECTIEVE ASPECTEN VAN INFORMATIEVERWERKING EN BESLUITVORMING

Nadat in de vorige (sub)paragrafen aandacht is besteed aan enkele toepassingen van de theorie van besluitvorming, is, gelet op de eerder beschreven machtscomponent in besluitvorming, van belang na te gaan op welke manier informatie verwerkt wordt voordat een besluit wordt genomen. Deze subparagraaf is te beschouwen als een integratie van de voorgaande paragrafen, waarbij het vraagstuk van besluitvorming vanuit de invalshoek van informatieverwerking wordt beschouwd. De titel is ontleend aan Van Raay (in Lebelles, 1986,613).

Besluitvorming rond investeringsbeslissingen, onder andere in de gezondheidszorg, kan worden gedefinieerd als het kiezen van één optie onder een budgetbeperking. De opties waaruit gekozen kan worden, zullen moeten bijdragen tot het bereiken van een gewenst doel of juist het vermijden van een ongewenste toestand. Motivatie speelt daarom een belangrijke rol bij de besluitvorming. Welk belang staat voorop het ziekenhuisbelang of het eigen belang? Dit punt komt ook duidelijk in de analyse van het veldonderzoek naar voren. Er moeten telkenmale besluiten worden genomen over de wijze van informatie-inwinning en over de wijze waarop de besluitvorming zal worden ingericht. Zo worden er dus steeds beslissingen over beslissingen genomen; er bestaat dus meta-besluitvorming. Het proces van informatieverwerking kan in complexe organisaties hooguit geoptimaliseerd worden maar nooit gemaximaliseerd⁴⁸.

Doelstellingen bij het verzamelen van informatie⁴⁹ kunnen zijn:

- Men verwacht een betere beslissing te nemen na het verwerven en verwerken van informatie.
- Men tracht het waargenomen risico en de onzekerheid te reduceren met informatie.
- Men voelt zich meer zeker van de zaak als men voorzien is van informatie ondanks het gegeven dat de beslissing er niet noodzakelijkerwijs beter door wordt.
- Door informatie-inwinning en onderzoek kan men een lastige beslissing nog enige tijd uitstellen.
- Informatie kan dienen als rechtvaardiging achteraf, als de feitelijke beslissing al is genomen of de voorkeur voor een alternatief al vaststaat.

De zekerheidsgedachte wordt ook door Oskamp (1965) aangegeven:

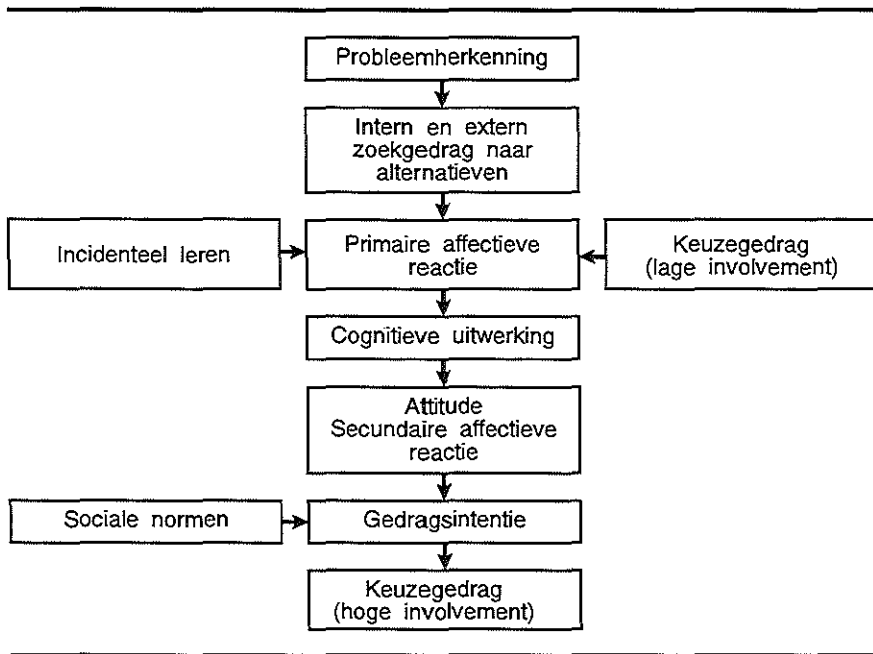
"Veel beslissers hebben vertrouwen in een beslissing waarvoor veel informatie is ingewonnen, ook al is deze informatie niet verwerkt om tot de genomen beslissing te komen." Met andere woorden: "Hoe meer informatie des te beter de besluitvorming". Deze uitspraak staat haaks op de uitspraak: "Meer informatie leidt tot minder goede beslissingen (information overload)." Meer informatie is aan de ene kant functioneel, omdat het leidt tot meer vertrouwen in de genomen beslissing. Aan de andere kant is het dysfunctioneel, omdat door de bomen het bos niet meer kan worden gezien.

Het verzamelen van informatie is daarnaast een kostbare zaak. Deze kosten dienen te worden afgewogen tegen de verwachte resultaten.

Voor de verwerking van informatie zijn modellen ontwikkeld. De meeste modellen gaan ervan uit dat informatieverzameling en verwerking ("cognitie") voorafgaat aan de evaluatie van de oordeelsvorming ("affectie" of "attitude"), dus dat een besluit totstandkomt via een proces dat schematisch als volgt kan worden weergegeven:

cognitie >>> affect >>> gedrag

Een dergelijk model gaat derhalve uit van het rationaliteitsbeginsel dat in complexe organisaties bij het nemen van beslissingen op de achtergrond staat. Van Raay stelt dat informatieverwerkingsmodellen die uitgaan van bovenstaande premisse een belangrijk aspect binnen de besluitvorming onbelicht laten, te weten, de primair affectieve reactie (PAR). Hiermee wordt bedoeld dat in de beoordeling van de veelheid aan alternatieven die alternatieven in beschouwing worden genomen die voor de besluitvormers op het eerste gezicht acceptabel zijn⁵⁰. Als PAR wordt verwerkt in een informatiemodel, ontstaat de hiernavolgende figuur 4 (uit Lebel, 1986,613).



Figuur 4: Het PAR-informatiemodel volgens Van Raay (1986).

Toelichting op figuur 4.

In dit model, dat overigens een voorbeeld is van een fasemodel, is na zoekgedrag naar alternatieven PAR geplaatst. PAR kan leiden tot directe actie in geval van impulsgedrag. PAR leidt bij complexe problemen meestal tot cognitieve uitwerking, wat inhoudt dat informatie wordt verzameld en verwerkt aangaande keuzealternatieven, wat leidt tot de secundair affectieve reactie (SAR).

SAR leidt via een gedragsintentie tot keuzegedrag. PAR kan mijns inziens ook optreden direct na de probleemherkenning en daarmee de cognitieve uitwerking sturen.

De SAR vindt dan plaats na deze cognitieve uitwerking. In de gezondheidszorg zijn voorbeelden van functioneren volgens PAR in besluitvormingstrajecten aan te wijzen. In het veldonderzoek worden hiervan voorbeelden getoond. Een besluit is zoals in de vorige (sub)paragrafen is toegelicht, steeds een combinatie van een weging en een keuze. Dit is slechts het intellectuele proces wat zich heeft voltrokken. Daarnaast voltrekt zich een machtsproces. In sporttermen gezegd, er is een winnaar en een verliezer. Deze verliezer kan het besluit aanvechten en trachten het te laten wijzigen. In de volgende paragraaf wordt aan deze machtsprocessen aandacht besteed. Bij de bespreking van de organisatiestructuur van een algemeen ziekenhuis zullen de politieke beïnvloedingssystemen die door de partijen worden toegepast, worden behandeld. De groep in wiens voordeel de beslissing is uitgevallen, zal onder politieke druk komen te staan op een wijze die Mintzberg (1983,609) als volgt heeft beschreven:

constraint >> pressure campaign >> correction of constraint

In dit verband dient voor constraint (letterlijk: beperking) te worden gelezen "besluit". De pressure campaign (letterlijk: beïnvloedingscampagne) zal door de groep in wiens nadeel besloten is worden gevoerd. Bij gezondheidsvraagstukken speelt deze pressure campaign zich steeds vaker af in de openbaarheid. Ik wijs⁵¹ hierbij op de commotie die in november 1989 optrad door de weigering van het Catharina ziekenhuis te Eindhoven om een patiënte een Dotterbehandeling te laten ondergaan. Als reden voor de weigering werd opgegeven dat men reeds 300 Dotterbehandelingen boven het met de ziektekostenverzekeraars overeengekomen aantal had verricht. De patiënte spande een kort geding aan tegen het ziekenhuis. De uitspraak van dit kort geding was opzienbarend: de rechter verplichtte het ziekenhuis tot verrichten van de ingreep. De kosten die daarmee gepaard zouden gaan, dienden door de ziektekostenverzekeraar van de patiënte te worden betaald.

Uiteraard heeft de pressure campaign lang niet altijd het gewenste resultaat, waarna men gedwongen wordt zich bij de beslissing neer te leggen. Soms echter, zal men door gebruikmaking van de politieke beïnvloedingssystemen trachten de uitvoering van de beslissing te bemoeilijken of vertragen.

3.3 THEORETISCHE BESCHOUWING VAN DE RELEVANTE ACTOREN BIJ BESLUITVORMING IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

3.3.1 THEORETISCH FUNCTIONEREN VAN ZIEKENHUISDIRECTIE EN MEDISCHE STAF

In deze subparagraaf besteed ik aandacht aan de theorie rond het functioneren van ziekenhuisdirectie en medische staf. De reden hiervoor is dat binnen een algemeen ziekenhuis door deze twee partijen het besluit om een KMT aan te schaffen in eerste instantie wordt genomen. Bij het opstellen van een model van een spreidingshulpmiddel dient rekening te worden gehouden met de in een ziekenhuis aanwezige krachtenvelden, alsmede met de methoden die elke actor toepast om zijn invloed te behouden danwel uit te breiden.

Typering

Wanneer de organisatie van een algemeen ziekenhuis vanuit de theorie wordt benaderd, kan deze worden getypeerd als een samengestelde bureaucratie. Deze term houdt in dat er een professionele bureaucratie (PB) en een machineachtige bureaucratie (MB) naast elkaar bestaan (Mintzberg, 1979,452). Een belangrijk kenmerk van de MB is dat men streeft naar standaardisatie van werkzaamheden. Hieruit vloeien kenmerken voort als:

- Functionele en hiërarchische organisatieopbouw.
- Top-down-besluitvorming.
- Macht van de procedure en zijn uitvoerder.

Een belangrijk kenmerk van de PB is dat men streeft naar optimalisatie van vaardigheden. Hieruit vloeien kenmerken voort als:

- Functionele en weinig hiërarchische organisatieopbouw.
- Werkzaamheden zijn nauwelijks vastgelegd in procedures.
- Bottom-up-besluitvorming.
- Niet de organisatie, maar de eigen beroepsgroep is het referentiekader.

De PB heeft in de visie van Mintzberg de volgende manco's:

- Geen externe controle op de werkzaamheden van de professie.
- De standaardisatie van vaardigheden is vrijblijvend.
- Inherent aan de structuur kunnen incompetent professionals slechts na veel moeite worden verwijderd.
- De professionals negeren veelal de eisen van de organisatie⁵² en soms de wensen van hun cliënten.
- De PB is net als de MB nauwelijks flexibel. Hij kan niet snel reageren op veranderingen⁵³.

De response van buiten de PB op deze manco's is veelal dysfunctioneel. Men tracht de professionals te controleren en hun werkzaamheden te standaardiseren. Dit heeft uiteraard heftige reacties van de kant van de professionals tot gevolg.

In een ziekenhuis zijn deze twee bureaucratieën nauw met elkaar verbonden. Deze verbondenheid heeft consequenties voor de personele samenstelling van een ziekenhuis. Na een analyse komt Stevens (1987,439) tot de volgende indeling: Bureaucraten, professional/bureaucraat en professional. De professional/bureaucraat heeft enerzijds een managementtaak en anderzijds een taak als professional. Een dergelijke functionaris leeft in twee werelden en zal moeite moeten doen om in beide werelden geaccepteerd te worden. Naast deze indeling heeft Freidson (1970,451) een indeling naar functies gemaakt.

Deze laatste indeling is echter in dit verband te gedetailleerd, zodat deze in de volgende opsomming is geconcentreerd:

- Medici.
Medisch specialisten, arts-assistenten, co-assistenten, algemeen artsen op de EHBO etc.
- Zorgondersteunende medewerkers.
Laboranten, fysici, technici, verpleging, voedingsassistenten, paramedici etc.
- Voorwaardenscheppende medewerkers.
Directie, economen, bedrijfskundigen, administratieve medewerkers, beheerders, polikliniekassistenten, gastvrouwen, bewaking etc.

Deze drie partijen werken samen teneinde het primaire proces van het ziekenhuis (patiëntenzorg) adequaat te laten verlopen. In het huidige ziekenhuis treft men bij de medici voor het overgrote deel professionals aan, maar ook bureaucaat/professionals. Bij deze laatste groep kan vooral worden gedacht aan leiders van onderzoeksgroepen, stafbestuurders, afdelingshoofden. Bij de zorgondersteunende medewerkers treft men door de toenemende professionalisering en waardering van deze groep steeds meer professionals aan naast de professional-bureaucraten. Het duidelijkst treft men dit aan bij de verpleging. Naast de A-verpleegkundigen zijn er in een ziekenhuis in toenemende mate gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam. Er bestaat een positieve correlatie tussen de toename van de technologische mogelijkheden en de toename van het aantal verpleegkundige specialismen⁵⁴. Bij de voorwaardenscheppende medewerkers worden voor het overgrote deel bureaucraten aangetroffen. Echter, door de toenemende complexiteit van de regelgeving en besturing⁵⁵, ziet men ook hier een toenemend aantal bureaucaat-professionals. Als voorbeeld kan dienen de toename van het aantal stafmedewerkers, die op grond van hun professionele expertise zijn aangesteld. Na de in de schema's gepresenteerde typeringen van de bureaucratieën heeft Mintzberg later (1983,559) op basis van aanvullend onderzoek de kenmerken van de leden van de PB onderzocht. Hij ziet de volgende:

- De leden zijn experts op hun specifieke gebied⁵⁶.
- De leden werken op een collegiale manier met elkaar samen⁵⁷.
- De leden proberen constant hun kennis en vaardigheden uit te breiden.
- De leden besturen ieder voor zich hun eigen professionele deelorganisatie.
- De leden beschouwen de organisatie als hun activiteiten ondersteunend.
- De leden of groepen van leden werken met elkaar samen in een federatief verband, met name daar waar het problemen betreft die samenhangen met de samenwerking met de machinale bureaucratie en de directie⁵⁸.

Elementen uit deze opsomming worden in het werk van Freidson (1970,451) reeds aangetroffen.

De belangrijkste kenmerken van een machinale bureaucratie zijn:

- De leden werken in een streng hiërarchisch systeem.
- De leden zorgen ervoor dat de procedures worden afgewerkt conform vooraf vastgestelde protocollen.
- De organisatie stelt ze in staat hun geprogrammeerde activiteiten uit te voeren.

Stevens (1987,439) is in zijn onderzoek nagegaan in hoeverre de medische praktijk bureaucratisch⁵⁹ functioneert en wat daarvan de effecten zijn op de praktijkuitoefening van de arts. Hij constateert onder andere een positief verband tussen standaardisatie van procedures en tevredenheid van de arts. Hij heeft daarnaast bevestigd dat "in de meest functioneel gedifferentieerde (gespecialiseerde, geprofessionaliseerde) afdelingen de meeste standaardisatie plaatsvindt in de vorm van programma's en protocollen. In de grotere afdelingen heb ik daarenboven de meeste bevoegdheidshiërarchie en verticale differentiatie aangetroffen".... De toename van technologie kan leiden tot schaalvergroting⁶⁰, wat verdere bureaucratisering van de professie in de hand werkt.

Na deze uiteenzetting over de in het ziekenhuis functionerende actoren wordt nagegaan hoe de onderlinge verhoudingen tussen deze twee bureaucratieën zijn. In dit verband zal ook nagegaan worden in welke positie de directie zich in dit krachtenveld bevindt. Gebaseerd op de theorieën van Mintzberg aangaande machtsprocessen binnen en buiten organisaties, aangevuld met de beschouwingen van Freidson is het volgende schema opgesteld.

Onderlinge verhoudingen

Karakteristiek	Machineachtige bureaucratie	Professionele bureaucratie
=====		
Invloed via	Diensthooften	Individuele leden stafbestuur
Samenwerking	Hiërarchisch	Collegiaal
Handelingsvrijheid	Groot binnen bureaucratische standaarden	Groot binnen professionele standaarden ⁶¹
Invloed van directie	Redelijk ⁶²	Gering ⁶³
Invloed op directie	Gering ⁶⁴	Groot
Beïnvloedings- systeem ⁶⁵	Insurgency Counterinsurgency Sponsorship Empire building Budgeting Line vs staff Strategic candidate Whistle blowing (Young turks)	Alliance Empire building Budgeting Rival camps Strategic candidate Lording Expertise ⁶⁶ Sponsorship ⁶⁷ Boycot ⁶⁸
Doelen	Groei door bureaucratische perfectie	Missie gebaseerd op autonomie en professionele superioriteit

Karakteristiek	Machineachtige bureaucratie	Professionele bureaucratie
=====		
Versterkende factoren	Volwassen worden v.d. organisatie Schaalvergroting	Snelle techn. ontw. Toename complexe technologie
Verzwakkende factoren	Onmogelijkheid om zich snel aan te passen	Ingeburgerd raken van complexe technologie Schaalvergroting

Toelichting op het schema.

Invloed en samenwerking

De diensthoofden zijn de degenen die hun invloed kunnen laten gelden, gelet op de hiërarchische opbouw van de MB. Het samenwerkingsmodel dat binnen de MB gehanteerd wordt is het best te typeren als het autoritair interactiemodel.

De PB hanteert het collegiale interactiemodel, omdat ieder lid van PB verantwoordelijk is voor zijn deel van de PB. Dit impliceert tevens dat ieder lid zijn invloed kan laten gelden. Voor zaken die de PB als geheel aangaan, kiezen de leden een stafbestuur. (Zie verderop in dit hoofdstuk.)

Handelingsvrijheid

De handelingsvrijheid is binnen beide bureaucratieën groot, met dien verstande dat binnen de MB de bureaucratische standaarden de grenzen van de vrijheid aangeven en binnen de PB de grenzen worden bepaald door de individuele professionele standaarden⁶⁹.

Invloed van de directie

Een directie heeft een redelijke invloed op de MB. Het implementeren van innovaties verloopt veelal traag, omdat hiertoe meestal een groot aantal procedures moet worden aangepast.

Gelet op de eerdergemaakte typering van de bureaucraat zal dit geruime tijd vergen. Een praktijkvoorbeeld: de invoering van geautomatiseerde administratiesystemen⁷⁰. De meeste directies zagen uit management-oogpunt⁷¹ snel veel voordelen in het overstappen op geautomatiseerde systemen. De diensthoofden van de MB konden ook overtuigd worden van het nut van een dergelijke omschakeling. Zowel directie als MB-diensthoofden waren van mening dat deze ontwikkeling met voortvarendheid diende te worden geïntroduceerd. Ondanks de instemming van de diensthoofden werd de invoering in het uitvoeringstraject aanmerkelijk vertraagd, omdat de leden van de MB telkenmale problemen⁷² tegenkwamen die eerst moesten worden opgelost, alvorens verder kon worden gegaan. Met de introductie van geautomatiseerde systemen dienden de bureaucratische standaarden te worden aangepast, wat - het is reeds eerder aan de orde gekomen - een tijdrovende zaak is.

De invloed op de PB is gering in verband met de hoge specialisatiegraad van de leden van de PB. Het is daardoor voor de directie vaak moeilijk de aangedragen argumenten op hun waarde te schatten.

Overigens dient in dit verband te worden opgemerkt dat door de toegenomen netwerkvorming van directeuren door middel van de NVZD, de invloed van de directie op de PB aan het toenemen is⁷³.

Invloed op de directie

Hier is een dichotomie te constateren. De MB zal, gelet op haar hiërarchische opbouw een geringe invloed op de directie laten gelden, omdat de MB de directie percipieert als het "hoogste" orgaan. De PB daarentegen, zal haar invloed op de directie laten gelden, omdat één van haar doelen professionele superioriteit is.

Doelen van de MB en PB

De MB heeft als belangrijkste doel: groei. Door deze groei is het mogelijk de bureaucratische standaarden te perfectioneren, waardoor aan het tweede doel: het streven naar bureaucratische perfectie, kan worden beantwoord. Het doel van de PB is de missie met als elementen:

- Autonomie voor de PB.
- Streven naar professionele superioriteit van de PB als geheel en van de diverse deelprofessies waaruit zij is opgebouwd in het bijzonder.

Dit kan als volgt voor het algemeen ziekenhuis worden geïnterpreteerd. De PB van een algemeen ziekenhuis streeft ernaar alle patiënten die haar consulteren, zo optimaal en volgens de laatste inzichten te behandelen⁷⁴. Dit houdt tevens een gevaar in. Patiënten die mogelijk elders (lees: grotere instellingen waaronder Academische ziekenhuizen) beter zouden kunnen worden behandeld, worden te lang vastgehouden.

Versterkende factoren voor de ontwikkeling van MB en PB

Als de organisatie steeds complexer wordt en steeds verder groeit zal de aandacht van de directie met name worden opgeëist om de koers van de instelling te bepalen en te zorgen dat deze vastgehouden wordt. Hierdoor zal de MB meer de vrije hand krijgen in het creëren c.q. perfectioneren van haar bureaucratische standaarden.

De PB zal zich sterker kunnen manifesteren indien er veel complexe technologie op de markt wordt aangeboden. Zij zal proberen om zo snel mogelijk enkele daarvan in haar pakket opgenomen te krijgen door druk uit te oefenen op de directie.

Verzwakkende factoren voor de ontwikkeling van MB en PB

De belangrijkste verzwakkende factor bij de MB is de onmogelijkheid om zich snel aan een nieuwe situatie aan te passen. Als een bepaalde procedure snel moet worden ingevoerd, schiet de MB tekort, omdat zij niet in staat is haar standaarden binnen een korte tijdspanne aan te passen c.q. nieuwe te ontwikkelen.

De belangrijkste verzwakkende factor voor de PB is het ingeburgerd raken van een complexe technologie, waardoor het ook voor niet-medici mogelijk wordt deze techniek te hanteren⁷⁵. Een tweede verzwakkende factor voor de PB is de schaalvergroting. Door schaalvergroting neemt het aantal procedures toe en wordt men gedwongen een zekere hiërarchie te introduceren⁷⁶.

3.3.2 BEÏNVLOEDINGSSYSTEMEN

In de klassiek-rationele besluitvormingstheorie geldt dat degene die gelijk heeft ook gelijk krijgt. In het voorafgaande is reeds duidelijk geworden dat dit niet in alle gevallen geldt. De actoren binnen het ziekenhuis beïnvloeden elkaar.

Bij de bespreking van de diverse beïnvloedingssystemen gaat het om de werkelijke machtsverhoudingen en welke systemen er voorhanden zijn deze machtsverhoudingen in stand te houden, danwel de macht van een actor te laten groeien. Als een actor binnen danwel buiten het ziekenhuis de machtsconcentraties wil beïnvloeden, zal hij zich in deze machtsconcentraties dienen te verdiepen. Daartoe zal hij zich dienen in te leven in hun referentiekader. Slechts op die manier kan hij de machtsverdeling veranderen en iets van een actor gedaan krijgen, wat voorheen niet mogelijk was. Voor de actor zelf is het van belang zijn machtsgelijken mee te krijgen. Hierdoor vervagen begrippen als "gelijk krijgen" en "gelijk hebben".

Veen (1985,454) geeft een eenvoudige en heldere definitie van macht:.... "De macht van A over B is de kracht waarmee A de opvattingen/ gevoelens en/of het gedrag van B kan beïnvloeden"...

Macht wordt uitgeoefend via beïnvloedingssystemen. Hij heeft vier machtsspelen gedefinieerd die in figuur 5 zijn weergegeven. De te bespreken beïnvloedingssystemen maken alle in meer of mindere mate gebruik van deze vier machtsspelen.

Het machtsgedrag van medici is in figuur 5 te plaatsen in het vierde kwadrant (psychologische manipulatie). Een voorbeeld hiervan is het volgende: Medici wijzen er soms op dat als men niet de beschikking krijgt over bepaalde attributen⁷⁷ er patiënten zullen overlijden. Een dergelijke opmerking maakt binnen de ziekenhuisorganisatie na verloop van tijd nog maar weinig indruk.

Voor handhaving van een bepaalde configuratie⁷⁸ is beïnvloeding van de omgeving van belang. Elementen die de configuratie bedreigen, kunnen worden afgeremd en elementen die de configuratie kunnen verbeteren, kunnen worden bevorderd door beïnvloeding. Mintzberg en Freidson geven een aantal voorbeelden van beïnvloedingssystemen, die ik nader heb uitgewerkt voor de organisatie binnen het ziekenhuis. Allereerst wordt het systeem directie en vervolgens de beïnvloedingssystemen van MB en PB in samenhang met elkaar besproken.

	Expliciet/direct	Impliciet/indirect
Rationeel/ coöperatief	<ul style="list-style-type: none"> - Openlijk overreden/overtuigen - Gebruik van deskundigheid - Rationeel gebruik van informatie - Informatie verzamelen - Zoeken naar compromis - Bieden van ruilmogelijkheden - Expliciet beroep op regels 	<ul style="list-style-type: none"> - Indirect overreden/overtuigen - Maken van regels en voorschriften - Impliciet verwijzing naar normen, regels en voorschriften (formeel en niet-formeel) - Fysieke vormgeving (machine lay-out; indeling gebouw) - Manipulatie en selectie van informatie via organisatiekanalen
	Probleemoplossende benadering	Situationele manipulatie
Niet-rationeel/ competitief	<ul style="list-style-type: none"> - Ander voor voldongen feiten plaatsen - Sluiten van coalities - Eisen stellen (assertief gedrag) - Informatie verzamelen - Dreigementen en beloften - Sancties (vooral straf) - Beroep op bestaande machtsverschillen verbonden aan functies 	<ul style="list-style-type: none"> - In de gunst komen (relationeel) - Spelen op gevoelens van ander - Persoonlijke manipulatie en selectie van informatie - Bedrog - Beroep op reputatie van deskundigheid
	Confronterende benadering	Psychologische manipulatie

Figuur 5: Vier machtsspelen (uit Veen, 1985).

Directie

Rollen van de directie:

- Eenheid van het ziekenhuis bewaren.
- Oplossen van conflicten tussen MB en PB.
- In samenspraak met PB en MB ontwikkelen van een beleid.
- Externe relaties.

Samenwerking:

- Met MB via de vergadering van diensthoofden.
- Met PB via het stafbestuur enerzijds en via de individuele hoofden van de deelprofessies anderzijds.

Invloed:

- Op MB: redelijk⁷⁹.
- Op PB: gering.

Doelen van het systeem directie:

- Bijeenhouden van de organisatie.
- Groei van de organisatie.
- Efficiencyverbetering van de organisatie.
- Profilering van de organisatie⁸⁰.

Versterkende factoren voor de invloed van de directie:

- Verdeeldheid binnen PB of MB (arbiterrol).
- Verdeeldheid tussen MB en PB (idem).
- Eensgezindheid bij PB of MB en PB *voor* het beleid van de directie.

Verzwakkende factoren voor de invloed van de directie:

- Eensgezindheid binnen PB of binnen de combinatie MB en PB *tegen* het beleid van de directie.
- Conflicten binnen de directie.
- Externe conflicten die veel aandacht opeisen.

Beïnvloedingssystemen:

- Hoor en wederhoor.
- Analyse.
- Strategic candidates.
- Expertise.
- Budgeting.
- Tijd.

Toelichting.

Bij de opsomming van de verzwakkende factoren wordt eensgezindheid binnen de PB genoemd. Als de PB een eensgezind standpunt inneemt bij een voorstel van de directie dat zij graag gerealiseerd zou zien, verzwakt dit de invloed van de directie. Eensgezindheid binnen de MB verzwakt de invloed van de directie niet, omdat de MB sterk hiërarchisch georganiseerd is en uiteindelijk toch overstag zal gaan voor het gezag van een directie.

Door het toepassen van het hoor en wederhoorprincipe - wat inhoudt dat men de mening van de één gaat toetsen aan de mening van de ander en dan pas een eigen mening formuleert - kan men zaken trachten te versterken en andere juist verzwakken⁸¹.

De analyse is een vervolg op het hoor- en wederhoorsysteem. Bij de analyse gaat men, nadat men het hoor- en wederhoorsysteem heeft toegepast, de elementen die door de beide partijen⁸² naar voren zijn gebracht, analyseren en probeert men een constructie te bedenken die voor alle partijen gunstig is, alsmede de koers van de directie handhaaft. Met behulp van het analysensysteem kan men dus tot een heel andere conclusie komen dan door de partijen naar voren zijn gebracht. De acceptatie is groot, omdat iedere partij in het besluit elementen terugvindt van de door haar naar voren gebrachte standpunten.

De directie maakt net als de MB en PB gebruik van het systeem van de strategische candidates. Als er bepaalde situaties zijn die om het instellen van een commissie vragen, zal de directie trachten haar welgevallige leden van MB en PB in deze commissie te krijgen. Daarnaast zal men op deze manier trachten de samenstelling van de staf van de PB zodanig te sturen dat er leden in zitten die hoewel kritisch, loyaal ten opzichte van de directie staan.

Tevens maakt de directie gebruik van een expertisesysteem. Dit systeem wordt toegepast in situaties dat bepaalde standpunten van het ziekenhuis, die op hun beurt weer gegenereerd zijn in discussies tussen PB, MB en directie, moeten worden verdedigd bij externe partijen. De directie overtuigt dan de interne partijen door te wijzen op het feit dat onderhandelingen met derden haar specialiteit is.

Een afgeleide van het expertisesysteem wordt ook gebruikt. Bij een totaal vastgelopen discussie kan zij voorstellen een onafhankelijke derde naar zijn/haar mening te vragen teneinde uit de ontstane minder gewenste situatie te komen.

Met andere woorden, zij stelt voor, expertise van buiten een oordeel te laten geven op het ontstane probleem. Op deze manier behoudt de directie voldoende ruimte om haar eigen beleid door te voeren, omdat zij invloed kan uitoefenen welke expert wordt benaderd.

De directie is eindverantwoordelijke voor de besteding van het ziekenhuisbudget. Door die positie zal zij het budgeting-systeem kunnen toepassen om bepaalde ontwikkelingen te frustreren danwel te stimuleren. Als laatste systeem wordt de factor tijd genoemd. De directie is in staat bepaalde zaken te traineren en juist andere te stimuleren. Vanwege het feit dat zij de interne en de externe wereld goed kent zal zij door juiste toepassing van dit beïnvloedingssysteem hier haar voordeel mee kunnen doen.

Beïnvloedingssystemen van MB en PB

Insurgency

MB

De letterlijke vertaling van insurgency is volgens Wolters-Noordhoff woordenboek der Engelse taal: oproer(igheid). In managementopzicht is het echter het best te omschrijven als: "ja zeggen, nee doen". Nadat er over een zaak een beslissing is genomen deze op een bepaalde manier op te lossen, komt een proces op gang dat uiteindelijk moet leiden tot een oplossing. Insurgency wordt toegepast indien het oplossingsproces hetzij in het geheel niet op gang komt, hetzij slechts ten dele. In beide gevallen worden allerlei argumenten opgeworpen waarom de oplossing toch niet kan worden bereikt. Het nettoresultaat is dat er geen verandering optreedt en alles dus ogenschijnlijk bij het oude is gebleven. Het eerdergegeven voorbeeld van de invoering van de automatisering is een voorbeeld van toepassing van insurgency. Insurgency wordt veel toegepast door de werkers aan de basis van de MB.

PB

De PB past dit systeem nauwelijks toe.

Counterinsurgency

MB

Counterinsurgency is de reactie op insurgency en wordt binnen de MB toegepast door middenkader en leiding van de MB. Bij het counterinsurgency-systeem probeert bijvoorbeeld het diensthoofd zijn autoriteit te laten gelden om op die manier het doel te bereiken. Dit systeem bestaat al zeer lang. Mintzberg (1983) beschrijft dat deze vorm van politieke beïnvloeding reeds actief was in het keizerrijk China. Bij oproer van de zijde van de administratie werden de volgende maatregelen genomen:

- De strafmaat voor bewezen wangedrag werd verhoogd.
- De opsporing van "dwarsliggers" werd geïntensiveerd.
- De controle door de leiding werd verscherpt alsmede de voorlichting over hetgeen "dwarsliggers" te wachten zou staan, werd geïntensiveerd.

De combinatie van insurgency-counterinsurgency wordt zeer frequent toegepast binnen de MB. Het hangt af van de kwaliteit van de diensthoofden in hoeverre de toepassing van deze combinatie de organisatie binnen de MB kan frustreren.

PB

De PB past dit systeem nauwelijks toe.

Sponsorship

MB

Dit systeem van politieke beïnvloeding houdt in dat één lid of groep leden van de MB hun loyaliteit geven aan een veelbelovend lid uit de MB. Men hoopt dat deze laatste wanneer hij een invloedrijke positie bekleedt, in ruil voor hun loyaliteit ze bepaalde privileges geeft. Kortom, zij werken volgens het principe "voor wat, hoort wat". Als men deze constructie uiteenrafelt, komt het neer op een meester-gezelverhouding in de toekomst.

De voordelen ervan zijn:

- Van de meester wordt verwacht dat hij vecht voor de ontwikkeling van zijn gezellen⁸³.
- De gezellen kunnen via de meester de hiërarchie kortsluiten i.c. procedures in hun eigen belang versnellen of vertragen, voorinformatie verkrijgen etc.
- De gezellen krijgen, door hun verhouding tot de meester, zelf ook meer gezag.

Sponsorship wordt toegepast door het middenkader. Sponsorship kan bijdragen aan tot blokvorming, maar kan daarnaast tevens vormen van corruptie in de hand werken.

PB

Binnen deelprofessies van de PB wordt dit systeem nogal eens toegepast. Binnen een deelprofessie is een bepaalde hiërarchie aanwezig. Binnen een dergelijke hiërarchie speelt sponsorship een belangrijke rol. Om een voorbeeld te geven. Een deelprofessie wil graag een nieuwe techniek toepassen, bijvoorbeeld PTCA (= Percutane Transluminate Coronaire/ Cardio Angioplastiek). Het is gelet op de hoge kosten die met de training gemoeid zijn niet mogelijk om elk lid van de desbetreffende deelprofessie deze training te geven. Een senior-stafid kan dan aan een junior-stafid vragen deze training te volgen. Na de training zal het junior-stafid de mogelijkheden krijgen deze nieuwe techniek uit te voeren onder voorwaarde dat hij deze ook leert aan de andere leden van de deelprofessie. De resultante van deze toepassing van het sponsorship-systeem is dat de deelprofessie als geheel stijgt.

Het junior-stafid gaat er ook op vooruit, omdat hij de expert op het gebied van de toepassing van de nieuwe techniek is geworden en daarnaast zijn kansen om te worden opgenomen in de senior-staf heeft vergroot.

Empire building

MB

Het bouwen van één of meerdere machtsblokken binnen een MB verhoogt het aanzien en de invloed van dat deel van MB aanzienlijk. Het grootste gevaar van toepassing van dit systeem is het feit dat de bouwers van de machtsblokken er alles aan zullen doen hun machtsblok te laten groeien, en derhalve geen tactiek ongemoeid zullen laten dit groeimodel te kunnen volgen. Veelvuldig in dit verband gehanteerde tactieken zijn:

- Ontkennen van de competentie van andere delen van de MB.
- Het aan de kaak stellen van de taakverdeling binnen de MB met als doel meer activiteiten aan het eigen palet te kunnen toevoegen.
- Het beïnvloeden van de werving en selectie van medewerkers van andere groepen met als doel deze groepen bij het eigen machtsblok in te lijven.

Evenals sponsorship wordt empire building vooral gebruikt door het middenkader⁸⁴.

PB

Het systeem van empire building functioneert op eenzelfde manier als het binnen de MB doet. Een bepaalde afdeling van de PB groeit sterk door ontwikkelingen binnen het vakgebied, die door enkele leden van de PB in de desbetreffende afdeling worden geïncorporeerd. Het kan zelfs zo zijn dat de leden van PB die deze ontwikkeling cultiveren, zich afscheiden van de afdeling en een onderafdeling oprichten. Het voordeel van een onderafdeling is een eigen gezicht naar buiten, waardoor de patiëntenstroom voor dat deelgebied kan groeien. Via het variabele deel van de budgettering kan voor een dergelijke nieuwe activiteit aanvullend budget worden verkregen.

Budgeting

MB

Sinds de invoering van het budgetteringssysteem voor de algemene ziekenhuizen is de beïnvloeding van de MB op het totale bedrijf groter geworden. Men heeft nu de vrijheid om het budget over de delen van het de MB te spreiden om zodoende accenten te leggen. Het is mogelijk om bepaalde activiteiten te versterken en andere juist te verzwakken.

Daarnaast is het in de onderhandelingen met de directie steeds belangrijker om goed beslagen ten ijs te komen zodat de onderhandelingen kunnen besluiten met een verhoging van het beschikbare budget, of in elk geval met een bevrozing. Bij de bespreking van het spanningsveld tussen MB en PB kom ik hierop nog terug. Nadat de directie de MB een budget heeft toegewezen, moet dit budget binnen de MB worden verdeeld. Als men hetgeen in de vorige (sub)paragrafen over sponsorship en empire building is geschreven in herinnering roept, dan valt te verwachten dat hoe meer macht een bepaalde sectie heeft, des te meer deze sectie haar recht zal laten gelden op een groter deel van het beschikbare budget dan hem in eerste instantie wordt aangeboden. Mintzberg merkt in dit verband het volgende op: "Budgeting is the most formalized form of empire building." De tactieken die in dit systeem worden gehanteerd, zijn vrij simpel:

- Gebruik alle mogelijkheden die ter beschikking staan om het grootste deel van het budget te verkrijgen.
- Vraag meer in de wetenschap dat er toch altijd over onderhandeld wordt, waarbij de kans groot is dat er wat moet worden ingeleverd.
- Gebruik alle argumenten (relevante en minder relevante) om de budgetaanvraag in een toewijzing te laten omzetten.
- Vermijd of bagatelliseer de argumenten die door de andere partij worden gebruikt om de budgetaanvraag te verzwakken.
- Zorg dat aan het einde van het boekjaar niets meer van het toegewezen budget over is, of zorg ervoor dat het resterende budget veilig is gesteld.

Het budgeting-systeem is bijzonder krachtig, omdat de directie moet afgaan op de cijfers die door de secties binnen de MB zijn opgesteld. Men mist eenvoudigweg een controleapparaat. Sinds de invoering van de budgettering is de behoefte aan managementinformatie systemen toegenomen. Op die manier is het de directie mogelijk om ten eerste zelf de cijfers te kunnen controleren. Ten tweede krijgt men meer controle op de MB, waardoor men ten derde sneller kan bijsturen.

PB

Het budgetteringsspel is sinds de invoering van de budgettering een belangrijk systeem voor de PB. Dit belang zal alleen nog maar toenemen als de functionele⁸⁵ budgettering binnen alle ziekenhuizen is ingevoerd. Het budgetteringsspel wordt op analoge wijze gespeeld als uiteengezet is voor de MB.

Line versus staff

MB

Dit systeem zal men voornamelijk aantreffen binnen de grotere ziekenhuizen, omdat zij soms beschikken over stafafdelingen. De taak van dergelijke stafafdelingen varieert, maar in essentie verrichten zij een taak in het meer efficiënt laten functioneren van het ziekenhuis als geheel. Het klassieke line-versus-staff-thema werkt als volgt:

De lijnmanager laat zich niet de wet voorschrijven door de stafmedewerker die in zijn ogen niets van het "werkelijke" bedrijf weet.

De tegenstelling tussen de lijn en de staf is geworteld in het feit dat de lijn de opdracht heeft het dagelijkse werk uit te voeren⁸⁶. De staf is daarentegen opgeleid om met behulp van zijn analytisch vermogen fouten en inefficiënties op te sporen. Hij moet deze door veranderingen in de dagelijkse gang van zaken zien op te lossen. De lijn percipieert iedere verandering in eerste instantie als een verslechtering, waarvan nog maar moet worden afgewacht of dit zal leiden tot meer efficiëntie. In de MB wordt dit systeem frequent gehanteerd als nieuwe, door de staf ontwikkelde bureaucratische standaarden worden geïntroduceerd bij de lijnmanagers.

Het spel is echter ongelijk, omdat de lijnmanagers het best omschreven kunnen worden als ervaringsdeskundigen (ongeacht hun oorspronkelijke vooropleiding) en de stafmedewerkers als organisatiedeskundigen (eveneens ongeacht hun oorspronkelijke vooropleiding). De lijnmanager heeft daardoor moeite met het nemen van afstand tot zijn dagelijkse werkzaamheden bij het formuleren van zijn argumenten. Dit vormt dus de basis voor hantering van line versus staff.

PB

De PB past dit systeem nauwelijks toe.

Strategic candidate

MB

Strategic candidate wordt niet alleen gehanteerd bij personen, maar wordt eveneens toegepast bij zaken zoals beslissingen, hervormingen en opzetten van nieuwe groepen.

Dit systeem ontvouwt zich in drie opeenvolgende fases:

- | | |
|--------|---|
| Fase 1 | Uitzoeken c.q. creëren van item ⁸⁷ . |
| Fase 2 | Item in importantie laten toenemen door er waarde aan toe te voegen. |
| Fase 3 | Selectie van het in de vorige fases zorgvuldig naar voren geschoven item (strategic candidate) door het diensthoofd of de directie. |

Er wordt bij de definiëring van de fases gesproken over een item. Dit behoeft enige toelichting. Het kan soms van belang zijn als item een probleem naar voren te schuiven om de aandacht van veel serieuzere problemen af te leiden. Daarnaast kan het *mutatis mutandis* van veel belang zijn een bepaalde oplossing als item voor het voetlicht te brengen die voor de groep die dit doet gunstig is ten opzichte van andere oplossingen. Zowel problemen als oplossingen kunnen eveneens in de vorm van medewerkers worden gepresenteerd. Het kan voor een bepaalde sectie binnen de MB bijzonder gunstig zijn als een medewerker een functie binnen een andere sectie aangeboden krijgt. De sectie zal er dan ook alles aan doen de medewerker in een gunstig daglicht te plaatsen. Dit systeem wordt ook gehanteerd bij de aanschaf van nieuwe apparatuur⁸⁸ en het herzien van bureaucratische standaarden, meer in het algemeen bij processen binnen de MB waar meerdere mogelijkheden op één moment voorhanden zijn.

PB

Uit het karakter van de PB blijkt dat strategic candidate een belangrijke rol speelt. De PB moet zich namelijk in de besprekingen met de directie laten vertegenwoordigen via een medisch stafbestuur. Dit bestuur wordt gekozen uit en door de leden van de PB. Van dit bestuur mag worden verwacht dat zij de belangen van de PB als totaal dienen. Men kan dus ook stellen dat de leden van dat bestuur strategic candidates in engere zin zijn. Hetzelfde geldt voor vertegenwoordigers van de PB in allerlei overlegsituaties.

De PB kiest zijn vertegenwoordigers zorgvuldig, omdat er soms veel op het spel staat. Vertegenwoordigers van de PB voor overleggroepen worden door het stafbestuur aangezocht. Dit bestuur moet een goed inzicht hebben in de kwaliteiten op dit gebied van de leden van de PB. Wil het bestuur een bepaald initiatief graag zien lukken, dan wordt er een enthousiast lid van de PB gevraagd zitting te nemen in de groep die dit initiatief moet gaan uitwerken. Wil men daarentegen een bepaalde activiteit liever niet zien groeien, dan vraagt het bestuur een lid van de PB dat zeer kritisch kijkt en mogelijk zelfs barrières weet op te werpen, waardoor de tijd zijn werk kan doen. Op het niveau van de deelprofessie treedt eenzelfde verschijnsel op. De senior-staf plaatst een junior-staf lid in een overleggroep om als ogen en oren voor de senior-staf te dienen. Dit systeem kan in combinatie worden gezien met sponsorship. Het belangrijkste verschil is dat het strategic-candidate-systeem veel meer politiek is gekleurd en derhalve wordt toegepast bij problemen van een hogere politieke orde.

Whistle blowing

MB

Dit systeem kan beschreven worden als het "aan de bel trekken" bij vermeende onjuistheden, wat bewust of onbewust kan leiden tot het schaden van de eigen sectie binnen de MB of zelfs de gehele organisatie. Het systeem wordt vaak gehanteerd door laag in hiërarchie geplaatste leden van de MB die zich niet kunnen verenigen met een bepaalde beleidslijn binnen de MB. Als recent voorbeeld voor een ziekenhuis-organisatie: de verwerking van besmet afval. De betrokken medewerker brengt bijvoorbeeld de milieubeweging van de zijns inziens onaanvaardbare gang van zaken rond de afvalverwerking op de hoogte. De milieubeweging confronteert daarop de directie, die daarmee in verlegenheid wordt gebracht. De motivatie om dit soort activiteiten te ondernemen, is te vinden in de soms aanwezige machteloosheid van de individuele medewerker om invloed uit te oefenen op het beleid of uit een gevoel van onvrede. Uiteraard hoeft het niet altijd extern te worden gespeeld, het kan ook intern plaatsvinden. In dat geval wendt de medewerker zich buiten zijn directe superieur om tot de directie, met zinspelingen op het slechte functioneren van zijn superieur. Het verspreiden van geruchten al dan niet gebaseerd op feiten, behoort eveneens tot dit systeem.

PB

De PB past dit systeem nauwelijks toe. Het systeem vereist een bepaalde graad van organisatie als groep. Deze is meestal afwezig bij de PB.

Young turks

MB

Dit systeem is een gevaarlijk politiek spel voor de MB, omdat dit de basisstrategie van de MB kan aantasten. Young turks zijn medewerkers met een duidelijke visie op de organisatie, maar deze visie verschilt van de visie van de leiding van de MB en de directie. De macht van de young turks is gelegen in hun mogelijkheden een verandering te bewerkstelligen die zulke vormen kan aannemen dat er van een revolutie kan worden gesproken. Een kenmerk van young turks is dat zij zich laten horen op het moment dat de leidinggevende afwezig is (ziekte, studiereis, vakantie etc.). Zij slaan dus toe als de verdedigingsgordel van het oude beleid is verzwakt. Dit systeem heeft een alles-of-niets-karakter, want op het moment dat de young turks hun offensief starten, is er geen weg terug. Als zij winnen, worden zij de nieuwe leiders. Als ze verliezen, moeten ze om gezichtsverlies te vermijden, vertrekken uit de organisatie.

Om hun slagkracht te vergroten, verzamelen de young turks een aantal medewerkers om zich heen die in hun idealen geloven, deze willen steunen en uitdragen⁸⁹.

De directie/leiding kan op twee manieren reageren:

- Zij ziet het nieuw elan als een bedreiging en reageert met onderdrukking.
- Zij ziet het nieuw elan als een kennelijke wens van een deel van de organisatie en kiest de confrontatie teneinde te trachten de ontwikkeling te analyseren en te absorberen door elementen in te passen in het huidige beleid.

Bij de eerste manier dient de volgende kanttekening te worden geplaatst. Deze repressieve techniek werkt veelal averechts en zal derhalve de beweging alleen maar versterken, waardoor de problemen voor de directie/leiding alleen maar toenemen. De tweede manier kan tot gevolg hebben dat de revolutie die de young turks beogen, uitblijft doordat delen van hun argumenten door de directie/leiding worden overgenomen, waardoor zij zelf eigenlijk geen direct voordeel hebben. Young turks kunnen overal binnen de organisatie van de MB actief worden.

PB

De PB past dit systeem nauwelijks toe.

*Alliance***MB**

De MB past dit systeem nauwelijks toe.

PB

Alliance - letterlijk vertaald als alliantie - wordt binnen de PB frequent gehanteerd. Het systeem legt namelijk de basis voor multidisciplinaire samenwerking. De meest belanghebbende richt een team op dat bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende secties van de PB. Men wordt gevraagd aan dit team deel te nemen op basis van kennis en kunde. Het doel dat men bij de oprichting van een alliantie voorstaat, kan zijn:

- Het vooraf anticiperen op nieuwe ontwikkelingen, zowel positief als negatief⁹⁰.
- Het samen een bepaald gezondheidszorgprobleem aanpakken.
- Het samen een bepaald ziektebeeld behandelen.
- Het legitimeren van de oprichting van een nieuwe subafdeling.

Uiteraard zijn er nog meer varianten te bedenken, maar de hiervoor opgesomde, zijn verreweg de meest voorkomende.

Als het belang verdwijnt, dan kan de alliantie na kortere of langere tijd uit elkaar vallen. Echter, binnen de intramurale gezondheidszorg ziet men steeds vaker multidisciplinaire teams opereren. De oorzaak hiervan moet worden gezocht in de steeds verdergaande superspecialisatie. Gelet op het karakter van de PB staat het belang voor de eigen professie voorop. Een alliantie kan grote invloed uitoefenen binnen de PB. Bestaan meerdere allianties naast elkaar, dan kan dit aanleiding zijn voor toepassing van het later te bespreken rival-camps-systeem.

*Rival camps***MB**

De MB past dit systeem nauwelijks toe.

PB

Dit systeem wordt gehanteerd als 2 professionals binnen dezelfde deelprofessie of als 2 verschillende deelprofessie's binnen eenzelfde deelgebied opereren. Over de vraag waar de grens tussen beide ligt, wordt telkenmale gevochten. Een gevonden compromis houdt enige tijd stand, waarna het gevecht tussen de "rivalen" weer van voren af aan begint. In de gezondheidszorg treft men dit verschijnsel aan bij bijvoorbeeld urologen versus gynaecologen met betrekking tot de vrouwelijke incontinentie. Binnen de PB van het ziekenhuis leent het systeem zich ervoor de verhoudingen weer eens goed duidelijk te maken. Het wordt zelden zo hoog gespeeld dat één van de rivalen het veld moet ruimen. Het biedt een directie echter de mogelijkheid om te interveniëren. Toepassing van het systeem kan ook leiden tot verdere samenwerking, wanneer uiteindelijk blijkt dat men samen toch sterker is.

Lording

MB

De MB past dit systeem nauwelijks toe.

PB

De definitie van dit systeem is als volgt: "Het gebruik van verworven macht/status/aan zien/invlo ed op een manier die buiten de aanvankelijke bedoeling ligt van de personen/instanties die de betreffende persoon/groep personen deze gunsten hebben verleend."

Ik geef een voorbeeld van de toepassing van lording-systeem binnen de PB der medici.

De junior-stafleden of assistenten komen - gelet op hun relatief recente kennis van het vakgebied met ideeën die gericht zijn op de invoering van bepaalde modernere - vaak efficiëntere werkwijzen. Objectief bekeken, zijn deze ideeën levensvatbaar en uitvoerbaar. Toch worden zij niet ingevoerd. De verklaringen hiervoor liggen bij het hoofd van de senior-staf en zijn de volgende:

- Als de ideeën worden ingevoerd, krijgen junior-stafleden meer invloed op het geheel. Immers, de junior-staf weet dan meer van de nieuwe werkwijze dan de senior-staf.
- De uitwerking van de ideeën roept nieuwe problemen op die eerst zullen moeten worden opgelost. Deze problemen kunnen handelen over "machtskwesties".

- De grootste - meestal onterechte - vrees is dat invoering van de uitgewerkte ideeën kan leiden tot het ter discussie stellen van het leiderschap, niet alleen door de junior-staf maar ook binnen de senior-staf ("Waarom is deze ontwikkeling zo lang tegengehouden?.....").

Lording kan voortkomen uit angst voor machtsverlies, waardoor men als reactie macht laat gelden op een ineffectieve manier. Lording wordt nogal eens toegepast bij de opleiding van co-assistenten en arts-assistenten. Het lordingsysteem verliest steeds meer terrein.

Expertise

MB

De MB hanteert dit systeem nauwelijks.

PB

Dit systeem sluit aan bij het karakter van de PB. Bij de PB gaat het tenslotte om het zoveel mogelijk uitbuiten van professionele kennis en kunde. Iedere poging van binnen de PB of van daarbuiten om delen van de geclaimde kennis en kunde te objectiveren, wordt bij toepassing van dit systeem ontmoedigd. Hierdoor kan de mythologisering die rond sommige deelprofessies is opgebouwd door de leden van de deelprofessie zorgvuldig in stand worden gehouden. De directie probeert soms om bepaalde ontwikkelingen te objectiveren, alvorens er tijd in te steken om na te gaan of dergelijke ontwikkelingen ook nuttig zouden zijn voor het eigen ziekenhuis. Hiertoe kunnen externe deskundigen worden geraadpleegd. Het probleem daarbij is echter, dat deze deskundigen afkomstig zijn uit de beroepsgroep waar ook leden van de interne PB bij zijn aangesloten. Op deze externe deskundigen kan derhalve druk worden uitgeoefend.

Binnen de PB ziet men dat het expertisesysteem ook wordt gehanteerd in combinatie met het systeem van rival camps. Een discussie over het gebruik van bepaalde faciliteiten kan soms elementen in zich bergen van het expertisesysteem.

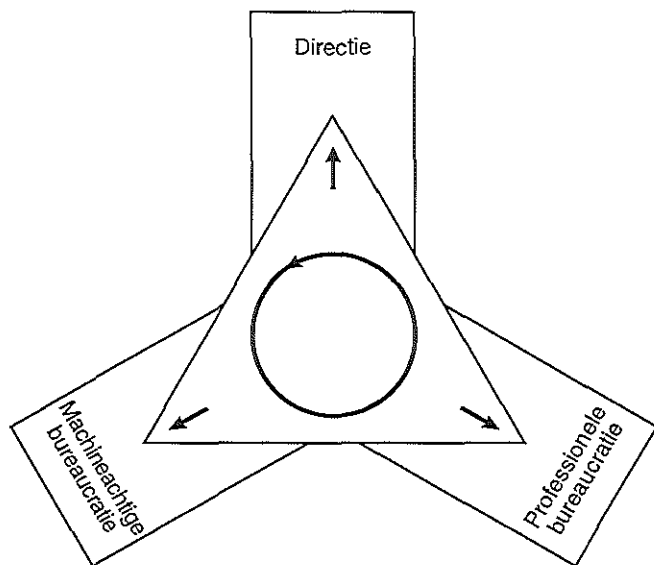
3.3.3 SAMENWERKINGSMODELLEN

Intern samenwerkingsmodel

Het samenwerkingsmodel tussen de directie, PB en MB is weer te geven als een driehoek (figuur 6). De driehoek wordt instandgehouden door de centripetale krachten van de overlegcultuur. De afzonderlijke machtsblokken trachten voor hun eigen machtsblok de meeste vrijheidsgraden te verwerven, waardoor het geheel constant onder druk staat. In het later te bespreken veldonderzoek valt op dat het merendeel van de gesprekspartners steeds wijst op het in harmonie met elkaar omgaan. Alle partijen zijn zich ervan bewust hoe kwetsbaar de organisatie is. In de terminologie van Mintzberg kan de interne samenwerking worden gekarakteriseerd als een "shaky alliance"⁹¹. Het interne samenwerkingsmodel wordt geleid door de directie. De leden van de PB laten zich vertegenwoordigen door een uit hun midden gekozen stafbestuur. Dat bestuur behandelt alleen "individu-overstijgende" problemen met de directie⁹². Hierdoor kan het niet op één lijn worden gesteld met de vergadering van diensthoofden uit de MB. Het belangrijkste verschil is gelegen in de mogelijkheid van inspraak. De vergadering van diensthoofden trekt zijn plan na haar medewerkers gehoord te hebben en heeft in principe de bevoegdheid om over nagenoeg alle onderwerpen te spreken. Het stafbestuur daarentegen, heeft een beperkte volmacht en mag uitsluitend uitspraken doen over zaken die alle leden van professionele bureaucratie aangaan. Over zaken die afzonderlijke vakgebieden aangaan, mag het geen uitspraak doen. Dit draagt ertoe bij dat de directie de professionele bureaucratie moeilijk kan beheersen. De managementparticipatie kan hier een opening in bieden.

Können (1984,617)⁹³ is van mening dat het bij samenwerking vooral gaat om domeinconflicten. Een voorbeeld hiervan is: de verdeling van polikliniekruimte of -tijd. Hij geeft de factoren van een dergelijk conflict weer in een schema (zie figuur 7). In het schema wordt het begrip "niches" geïntroduceerd. Niches interpreteer ik in het verband van het intern samenwerkingsmodel als: door een partij⁹⁴ gepercipieerde mogelijkheid om haar domein uit te breiden en kan totstandkomen door samenwerking met derden. Deze domeinuitbreiding kan de grenzen van het ziekenhuis overschrijden⁹⁵. Is de niche leeg (bijvoorbeeld nog niet verdeelde ruimte) dan kan een keuze worden gemaakt op grond van goede argumenten.

Is de niche vol, zoals in voornoemd voorbeeld van herverdeling van polikliniektijd, dan kan er een conflict ontstaan. Können beschrijft de manier waarop men in dergelijke gevallen samenwerkt met behulp van speltheorieën.



Figuur 6: Intern samenwerkingsmodel.

Ik heb zijn definitie aangepast aan het intern samenwerkingsmodel en kom tot de volgende drie definities:

- Onderhandelen en probleemoplossen.
- Uitsluitings-, ruil- en beleidsspelen:
Uitsluiting houdt in dat er afhankelijk van het probleem coalities worden gevormd, waarvan sommige partijen worden uitgesloten.
Ruil houdt in dat de pijn over alle partijen wordt verdeeld.

Beleid houdt in dat men de ziekenhuisorganisatie als geheel als uitgangspunt neemt en nagaat welke beslissing het beste de belangen van het gehele ziekenhuis dient. In dat geval is men bereid het eigen functioneren ter discussie te stellen.

- Schimmenspelen:
Bij een schimmenspel wordt van alles gedaan om het maken van een beslissing te vertragen. Er gebeurt dus van alles maar zonder enig resultaat⁹⁶.

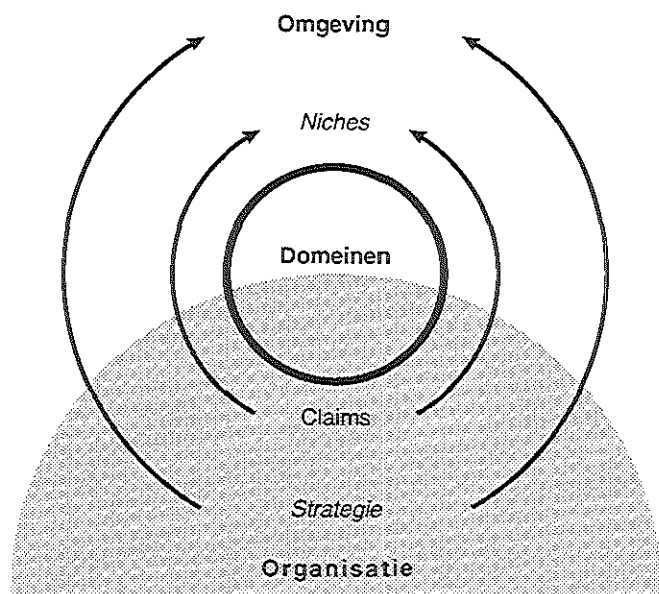
Binnen elk van deze spelen kunnen de leden van PB, MB en directie beïnvloedingssystemen toepassen.

Spanningsvelden binnen het interne samenwerkingsmodel

Spanningsveld rond de allocatie van financiën

Een belangrijk spanningsveld is de verdeling van het beschikbare budget tussen de partijen.

Alle partijen passen het budgeting-systeem frequent toe. De toepassing ervan is verder uitgebreid doordat de bezuinigingen in de gezondheidszorg mede worden verkregen door onderhandelingen over het ziekenhuisbudget. Ook bij nieuwe investeringen, waarbij een inschatting moet worden gemaakt van de exploitatiegevolgen, wordt er vrijwel altijd gediscussieerd tussen PB en MB over de hoogte van het bedrag dat moet worden gereserveerd voor onderhoud. Veelal zijn de medici van mening dat er te veel wordt gereserveerd, terwijl de technici het bijna altijd te krap vinden. Er wordt een beslissing genomen op grond van de uitkomsten van de onderhandelingen. Uit het veldonderzoek blijkt dat men aan deze problematiek steeds meer aandacht gaat besteden door gezamenlijke commissies te installeren die op grond van harde cijfers onderbouwing geven. Hierbij wordt getracht de problematiek op een meer rationele manier op te lossen.



Figuur 7: Factoren bij domeinconflicten (naar Können, 1984).

Spanningsveld op grond van expertise

Door de PB wordt de MB als ondersteunend gezien en meestal ook zodanig behandeld. Het line-versus-staff-systeem wordt dan ook in dit verband toegepast om de MB te beïnvloeden. Voor "line" dient in dit geval te worden gelezen een bepaald onderdeel binnen de MB en voor "staff" een deelprofessie van de PB. De PB heeft een analyse gemaakt van een bepaald probleem, waarbij zij taken heeft toegekend aan de MB. De MB is het met de haar toebedeelde taken niet eens, omdat de PB geen rekening heeft gehouden met de bureaucratische systemen. In de ogen van de PB frustreert de MB de ontwikkelingen; in de ogen van de MB ontkent de PB de professionaliteit van de MB. Hierdoor ontstaat een conflict, waarbij de directie als arbiter moet optreden. De directie zal in zo'n geval zoeken naar een compromis.

Het voorbeeld is slechts illustratief voor een vorm van line versus staff die binnen de driehoek wordt toegepast. De andere vormen binnen dit kader zijn: directie (staff) - MB (line); directie (staff) - PB (line).

Een tweede spanningsveld is de toepassing van het expertise systeem. Expertise wordt frequent gebruikt binnen de PB, maar ook in de onderhandelingen met de MB en directie. Om een voorbeeld van dit laatste te geven. Bij voorstellen voor veranderingen van MB of directie die grenzen aan het medische vlak, reageert de PB defensief. Zij wijst erop dat dergelijke veranderingen zouden kunnen leiden tot afkalving van de zorg, waar uiteindelijk de patiënt de dupe van wordt. Het paradoxale is dat de PB zelf deze tactiek, maar dan in omgekeerde volgorde gebruikt om haar voorstellen te argumenteren. De moeilijkheid hierbij is de objectiviteitsbaarheid van de gehanteerde beweringen⁹⁷. Dit laatste brengt ons bij het derde spanningsveld.

Spanningsveld op basis van externe beïnvloeding

De leden van de MB, PB en directie worden beïnvloed door de buitenwereld. De leden van de PB zijn goed georganiseerd door middel van hun wetenschappelijke verenigingen. De voordelen van de hoge organisatiegraad binnen de PB komen tot uiting wanneer de directie een tweede mening wil hebben over een voorstel dat door de PB is gedaan. De leden van de PB zullen binnen hun wetenschappelijke verenigingen zorgen dat zoveel mogelijk hetzelfde geluid met betrekking tot het desbetreffende voorstel is te horen en dat derhalve de waarde van de tweede mening uiterst twijfelachtig is. De leden van de MB zijn, mede gelet op de veelheid aan disciplines die in de MB zijn vertegenwoordigd, minder sterk in staat een machtsblok op te bouwen.

Delen van de MB zijn zo professioneel geworden dat zij bezig zijn hun eigen PB te stichten. Bij toepassing van de interne en functionele budgettering krijgen delen van de MB daartoe meer mogelijkheden. De budgetbewakers krijgen een steeds grotere invloed op het proces, omdat zij eigenlijk de enige zijn die een redelijke kennis hebben van de toepassing van de diverse budgetregels. Deze bewakers hebben steeds vaker een academische achtergrond⁹⁸. Hierdoor kan een spanningsveld ontstaan met de PB en de niet-professionaliserende onderdelen van de MB.

Externe samenwerkingsrelaties

Het algemeen ziekenhuis vormt een onderdeel van het gezondheidszorg-netwerk van de maatschappij. Ieder ziekenhuis heeft een eigen netwerk met zijn omgeving. De besproken bureaucratieën binnen het ziekenhuis worden uit de omgeving van het ziekenhuis door dit netwerk beïnvloed, maar ook door hun eigen netwerk. Zo worden de leden van de professionele bureaucratie beïnvloed vanuit hun regionale, nationale en internationale beroepsgroepen. Dit netwerk stelt hen in staat hun niveau van kennis en kunde op een hoog peil te houden. Dit autonome en moeilijk voor outsiders te controleren netwerk speelt bij de organisatie van een ziekenhuis een belangrijke rol. Ik heb reeds een illustratie hiervan gegeven bij de bespreking van de spanningsvelden. De leden van de professionele bureaucratie worden op hun deelgebieden via hun wetenschappelijke verenigingen uitvoerig geïnformeerd over de nieuwste ontwikkelingen. Door hun relatief korte lijnen beschikken zij vaak eerder dan het directie over gedetailleerde informatie met betrekking tot de nieuwste technologische ontwikkelingen. Dit draagt ertoe bij dat directies soms kunnen worden verrast door nieuwe ontwikkelingen, waarvan zij nog nauwelijks weet hebben.

De verschillende participanten in het netwerk hebben elkaar wederzijds nodig. Bij de bepaling van de adherente bevolking heeft de provincie de actieve hulp nodig van de in de provincie opererende ziekenhuizen. De ziekenhuizen beschikken veelal over goede documentatie met betrekking tot de herkomst van hun patiëntenpopulatie.

De belangrijkste gesprekspartners van het ziekenhuis met betrekking tot het dagelijkse management zijn echter de partijen die opereren in het eigen regionale netwerk, waarvan het algemeen ziekenhuis deel uitmaakt. De argumenten hiervoor zijn de navolgende:

- De regio verschaft het ziekenhuis het grootste deel van zijn patiënten, derhalve is een goede relatie met de eerste lijn en in het bijzonder met de regionale huisartsen van primair belang.
- De onderhandelingen over het budget moeten worden gevoerd met de regionale ziektekostenverzekeraars.
- De regionale patiëntenpopulatie moet tussen de verschillende regionale ziekenhuizen worden verdeeld, derhalve is contact met de omringende ziekenhuizen van groot belang.

- De continuïteit van zorg binnen de regio dient gewaarborgd te zijn, waardoor er een goed contact moet zijn met organisaties in de eerste lijn (Kruiswerk, RIAGG etc).

In de praktijk spelen uiteraard allerlei belangentegenstellingen een rol. Vele regio's trachten echter de basisstructuur van het netwerk in stand te houden. Met het zicht op veranderingen in de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg is het van groot belang dat ziekenhuizen hun regionale netwerk moeten gaan koesteren en streven naar meer samenwerking. Bij de introductie van marktmechanismen verdient het aanbeveling om als ziekenhuizen elkaar niet uit de markt te concurreren⁹⁹, maar juist afspraken te maken hoe men de regionale markt verdeelt.

3.4 SYNTHESE VAN DE VERZAMELDE GEGEVENS TOT EEN THEORETISCH ORDERINGSKADER

In het voorafgaande zijn theoretische beschouwingen gegeven over besluitvorming, organisatie en samenwerking toegespitst op de intramurale gezondheidszorg. Deze theoretische beschouwingen worden in de navolgende onderdelen van dit onderzoek toegepast. Teneinde ervoor te zorgen dat deze toepassing op uniforme wijze geschiedt, is een ordeningskader opgesteld. Dit kader bestaat uit een aantal vragen, dat betrekking heeft op de in dit hoofdstuk gepresenteerde theoretische elementen. Door toepassing ervan worden de in de volgende hoofdstukken verzamelde gegevens in verband gebracht met de theorie. De gegevens worden als het ware door een theoretische bril bekeken en daardoor op een hoger abstractieniveau gebracht. Als gevolg van de hantering van het ordeningskader is het mogelijk gegevens van verschillende oorsprong met elkaar te vergelijken en te gebruiken bij de opstelling van het model. Uiteraard wordt elk cluster van gegevens uitsluitend getoetst aan het voor dat cluster relevante deel van het ordeningskader.

Het ordeningskader¹⁰⁰ bestaat uit de volgende twaalf vragen:

- Wat zijn de kenmerken van de aanwezige beslissingsproblemen (Naar Berg, 1988,623).
 - Door toepassing van het schema van Berg wordt duidelijk of een probleem beter te benaderen is door toepassing van een rationeel besluitvormingsmodel danwel door toepassing van een descriptief model.
- Zijn er aanwijzingen voor de hantering van rationele (normatieve) modellen.
- Zijn er aanwijzingen voor de hantering van descriptieve modellen.
- Zijn elementen uit het PAR-model aanwezig?
- Zijn er elementen uit de medische beslistkunde gehanteerd?
- Zijn er elementen uit de Medical Technology Assessment gehanteerd?
- Is er een planningstrategie gehanteerd?
- Zijn er sturingsfactoren voor planning aan te geven?
- Zijn er aanwijzingen dat er beïnvloedingssystemen worden gehanteerd?
- Zijn er aanwijzingen voor het opvoeren van machtsspelen?
- Zijn er spanningsvelden in interne samenwerkingsrelatie aantoonbaar?
- Zijn er spanningsvelden in externe samenwerkingsrelatie aantoonbaar?

Eindnoten

1. Met complex wordt bedoeld dat er:
 - veel variabelen in het spel zijn
 - interactie tussen deze variabelen plaatsvindt
 - een verschuiving in de tijd optreedt.
2. "Beleidsverandering" acht ik een juistere term dan "beleidsvorming", omdat in het merendeel van de gevallen reeds "beleid" aanwezig is.
3. Kennis van de gevolgen kan ook inhouden dat hij op de hoogte is met de waarschijnlijkheidsverdeling van de gevolgen.
4. Onder gevolgen kan tevens worden verstaan het nut dat de beslisser bereikt als hij voor een bepaald alternatief kiest. Het gaat dus eigenlijk in economische termen om nutsmaximalisatie.
5. Herkenning is in dit verband signalering.
6. Elk van de fases wordt teruggekoppeld.
7. Beslissingsruimte om de fases niet sequentieel te doorlopen; bepaalde fases over te slaan of in omgekeerde richting te werken.
8. Met niveau wordt bedoeld de ervaring van de beslisser in het oplossen van problemen.
9. Voor de beschrijving van dit model is gebruikgemaakt van het overzicht dat Lebelte heeft gemaakt, aangevuld met de beschrijving van Pool (1990, 618).
10. Dit houdt in dat het gevolg van de ene actie de oorzaak is van dezelfde actie.
11. Hieronder kunnen tevens ziekenhuizen worden begrepen.
12. Dit heeft te maken met het feit dat beslissers in dergelijke professionele organisaties buiten hun eigen vakgebied slechts sporadisch kennis hebben over de overige technologie binnen de instelling.
13. Deze fase is door Mintzberg pas later beschreven.
14. Met andere woorden, het beschrijft de werkelijkheid.
15. De gepresenteerde conclusies hebben betrekking op analyse van 56 complexe beslissingen.

16. Koopman gebruikt hier het woord "reikwijdte", echter, ik kies voor de term "consequenties". Een beslissing die een eenvoudige inhoud heeft, kan verstreckende gevolgen hebben voor de organisatie.
17. Het valt buiten het bestek van dit proefschrift om in te gaan op de conflicttypering. Ik verwijs hiertoe naar de psychologische en bedrijfskundige literatuur (Janis, Mastenbroek, Glasl).
18. Koopman spreekt hier over kosten.
19. Lindblom spreekt in dit verband zelfs van neglected.
20. Voor elk probleem wordt als het ware uit de bekende middelen en doelen een nieuwe beperkte verzameling gemaakt. Dit proces verloopt geheel willekeurig, omdat men niet alle doelen en middelen heeft beschreven. De eerste die in het hoofd van de bestuurder opkomen, worden in de verzameling opgenomen.
21. Incrementeel staat voor kleine stapjes voorwaarts, soms kan het echter ook een pasje op de plaats zijn!
22. Een daarvan afgeleide verklaring zou kunnen zijn dat men de organisatie in een stabiele toestand wenst te houden, omdat de organisatie wellicht uiteen kan vallen bij grote wendingen.
23. Om een voorbeeld te geven, de a priori kans dat er complicaties bij een gastroscopie optreden, is 0.05, en niet "zeer klein".
24. Hier vormt zich een probleem wat de universele toepasbaarheid betreft. Voor sommige behandelingen is nauwelijks consensus, ondanks alle pogingen daartoe (Everdingen c.s., 1985, 95). Men zal derhalve ieder beslismodel moeten valideren voor de lokale situatie.
25. Is dit wel het geval, dan staat men voor een dilemma. Houdt men vast aan het eerder opgesteld model of past men het aan en stelt men de reeds gevonden uitkomsten retrospectief bij? Er kunnen zich daarbij medisch ethische problemen voordoen op het moment dat een keuze fundamenteel anders wordt.
26. Persoonlijke mededelingen.
27. Men maakte veelal gebruik van de struisvogelpolitiek. Men beschouwde elementen van gedrag van medici als ongewenst, maar durfde de confrontatie niet aan.
28. Het iMTA is een gezamenlijk initiatief van de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Rijksuniversiteit Limburg. Men heeft gekozen voor de vorm van een interfacultair instituut. Het onderzoek vindt derhalve zowel plaats in Maastricht als in Rotterdam. Het iMTA werkt nauw samen met een groot aantal vakgroepen en instituten binnen beide universiteiten.

29. PET = Positron emissie tomografie.
30. Zie ook hoofdstuk 4, de bespreking van de cases.
31. Bewerking van een schema dat oorspronkelijk is vervaardigd door het Office of Technology Assessment (OTA) in de VS (1976).
32. Onder het begrip "medische effectiviteit" wordt het volgende verstaan: De mate waarin een medische handeling het beoogde effect bereikt met een minimum aan iatrogene schade en ongemak voor de patiënt.
33. In de hiernavolgende tabel (Habbema c.s., 1989) wordt de informatieverwerving en -verwerking nog eens op een rijtje gezet.

Informatieverwerving

Eigen gegevensverzameling

- patiëntgebonden onderzoek
- gerandomiseerde trials
- observationeel
- eigen patiëntenregistratie
- bestaande medische registraties.

Informatieverwerking

Gepubliceerde informatie

Eigen gegevens:

- gegevensanalyse.

Synthese:

- literatuurstudie
- meta-analyse
- consensusbijeenkomsten
- Delphi-onderzoek
- beslissingsanalyse.

34. Bij dergelijke onderzoeken worden at random twee groepen patiënten geselecteerd met dezelfde aandoening in hetzelfde stadium van hun ziekte en in aanmerking komend voor toepassing van de nieuwe technologie. Bij de ene groep wordt de technologie daadwerkelijk toegepast, bij de andere groep worden dezelfde handelingen verricht als bij de eerste groep behalve de toepassing van de nieuwe technologie. Dit laatste is niet in alle gevallen mogelijk. Dan wordt bij de ene groep de

standaardprocedure gevolgd en bij de andere groep wordt de nieuwe technologie toegepast. Deze onderzoeksopzet wordt frequent toegepast bij klinisch geneesmiddelen-onderzoek.

35. Compliance kan in dit verband het best vertaald worden met "positieve medewerking verlenen aan".
36. Andere disciplines, zoals de gezondheidszorgeconomie, medische ethiek en gezondheidsrecht, maar ook met de epidemiologie.
37. Rosenthal, 1977, 459.
38. Ik zal in dit onderzoek deze uitslating van Rosenthal trachten te volgen.
39. In de terminologie van Blum: "normatieve planning".
40. Volgens Blum: "probleemoplossende planning".
41. In de terminologie van Blum: "exploratieve planning".
42. Vergelijk MTA-onderzoek.
43. In de zin van partijpolitieke factoren.
44. In de zin van bureaupolitieke factor.
45. Zie ook Drummond c.s. (1987, 431).
46. In het kader van ontwikkelingsgeneeskunde kunnen ook afwikkelingsgeneeskundige projecten worden ingediend. De ZFR verbindt aan de uitkomsten consequenties, zoals het schrappen uit of onder voorwaarden handhaven in het verstrekkingenpakket.
47. Een onderzoek dat een andere opzet heeft, die wel geaccepteerd is, kan derhalve positief gewaardeerd worden.
48. Immers, men is nooit op de hoogte van alle informatie.
49. Informatie kan zijn: reeds bij de beslisser of instelling bekende informatie of informatie van buiten. In het rationele model zal het beide zijn. In het muddling-through-model voornamelijk het eerste.
50. Eigenlijk verwijst Van Raay hier naar de satisficing-search-theorie.
51. Deze casus is gebaseerd op een analyse van vrije nieuwsgaring Geraadpleegde bronnen: NRC, Volkskrant, Het Ziekenhuis.
52. In het veldonderzoek komt dit in enkele gesprekken duidelijk naar voren. Een directie "daar kan je tegen schoppen". Managementparticipatie zou in deze opstelling verandering kunnen brengen.

53. Treffend voorbeeld daarvan is het gegeven dat na introductie van een KMT er meestal geen substitutie-effecten optreden.
54. Freidson constateerde reeds dat een toenemend aantal niet-medici in ziekenhuizen een professioneel prestige opeisen en zich daarnaar gedragen. Ontwikkelingen als het instellen van verpleegkundig stafconventen (AZL, 1987, persoonlijke mededeling) zijn hiervan een voorbeeld.
55. Hiermee wordt de besturing van een ziekenhuis bedoeld.
56. Freidson formuleert het als volgt: "De formele status van een professie wordt bepaald door de bevoegdheid en het mandaat het eigen werk te beheersen, hiertoe in staat gesteld door de samenleving".
57. Freidson spreekt met betrekking tot medici zelfs over een "company of equals".
58. Een mooi voorbeeld hiervan is het medisch stafbestuur. Op de ontwikkeling waarvan, wordt teruggekomen in hoofdstuk 4.
59. Lees: machineachtig bureaucratisch volgens de terminologie van Mintzberg.
60. Hiermee wordt bedoeld dat door introductie van de nieuwe technologie de omvang van de afdeling kan toenemen.
61. Hier wordt mee bedoeld de individuele professionele standaarden. Echter, met Stevens ben ik van mening dat er binnen ziekenhuizen steeds frequenter meer collectieve professionele standaarden ontstaan. Deze laatste worden ook weleens interne ziekenhuisstandaarden genoemd.
62. In de Nederlandse situatie staan ondersteunende diensten veel directer onder controle van de directie, zodat hier gesproken kan worden van een redelijke invloed.
63. De medici beschouwen de professie als richtinggevend voor hun handelen en niet een directie. De laatste jaren is dit beeld echter aan het veranderen door de toegenomen complexiteit. De aandacht voor managementparticipatie door medici is hiervan een gevolg.
64. Dit hangt samen met de sterk hiërarchische wijze van samenwerken.
65. Hier wordt aangesloten op de door Mintzberg gehanteerde terminologie.
66. Freidson geeft in dit verband aan dat de beslotenheid van de professie, en het superioriteitsgevoel dat zij uitstraalt, dit systeem belangrijke toepassingsmogelijkheden geeft.
67. Freidson noemt dit een belangrijk instrument in de opbouw van de informele organisatie.

68. Dit beïnvloedingssysteem wordt door Freidson als een belangrijk instrument beoordeeld. In het conflict rond de specialisteninkomens in 1989 is dit instrument toegepast.
69. Zie voetnoot aldaar.
70. Synthese van gesprekken met een aantal betrokkenen.
71. Met name efficiency.
72. Lees beperkende procedures die eerst moesten worden vervangen, alvorens verder kon worden gegaan.
73. Door middel van cursussen, overleg- en werkgroepen worden directies steeds beter geïnformeerd.
74. Conform de eerder aangehaalde belofte.
75. Bijvoorbeeld ECG-apparatuur, echografie.
76. Het meest uitgesproken treft men deze situatie aan in academische centra.
77. Hier gebruikt in de brede betekenis, dus verpleging, technologie, OK-tijd etc.
78. Met configuratie wordt in dit verband bedoeld het samenspel van MB en PB binnen het ziekenhuis.
79. Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. Soms is de invloed veel groter dan redelijk.
80. Sinds de discussies rond de stelselherziening is dit element in belang toegenomen.
81. Een duidelijk voorbeeld uit het verleden is de "pendeldiplomatie" die in de jaren zeventig werd toegepast door Henri Kissinger.
82. Met partijen worden hier bedoeld twee groepen, waarvan de één de "gehoorde" is en de ander de "wedergehoorde".
83. Immers, hij is voorheen ook gezet geweest.
84. Sponsorship kan immers leiden tot vergroten van het machtsblok.
85. Hiermee wordt bedoeld een budgettering naar functies. Synoniem voor functionele budgettering is functiegerichte budgettering.
86. Hij moet tevens steeds creatieve oplossingen verzinnen om binnen alle beperkingen toch te zorgen dat het dagelijks werk goed wordt uitgevoerd.
87. Dit item kan een probleem, oplossing, persoon, groep etc. zijn.

88. Keuze leverancier bijvoorbeeld.
89. Toepassing van sponsorship.
90. Met andere woorden, stimuleren of frustreren van nieuwe ontwikkelingen.
91. Letterlijk een wankel coalitie; in het Nederlands spraakgebruik: een wankel evenwicht.
92. Zaken van algemeen belang, zoals het medisch beleidsplan, de begroting en profiel van het huis.
93. Können heeft onderzoek verricht naar de samenwerking bij fusie. In zijn werk besteedt hij ruime aandacht aan de samenwerking in het algemeen.
94. Deze partij kan zijn een medisch specialist, maar ook een technicus, hoofdverpleegkundige, directie etc.
95. Hierbij kan worden gedacht aan het opzetten van een buitenpoli, het verzelfstandigen van een deel van de activiteiten van het ziekenhuis etc.
96. Hierbij speelt de factor een belangrijke rol.
97. Op welke wijze is de professional te controleren, zonder de relatie te verstoren?
98. Binnen deze studierichtingen wordt steeds meer nadruk gelegd op de professionaliteit en professionele autonomie.
99. Ik betwijfel of dat overigens mogelijk is.
100. Bij toepassing van het ordeningskader wordt de verkorte vorm gehanteerd:
 - Kenmerken beslissingsprobleem.
 - Rationele besluitvormingsmodellen.
 - Descriptieve besluitvormingsmodellen.
 - PAR-model.
 - Medische besliskunde.
 - Medical Technology Assessment.
 - Planningstrategie.
 - Sturingsfactoren voor planning.
 - Beïnvloedingssystemen.
 - Machtsspelen.
 - Spanningsvelden interne samenwerking.
 - Spanningsvelden externe samenwerking.

Hoofdstuk 4

LITERATUURSTUDIE

4.1 INLEIDING

Als tweede deel van het onderzoek is een literatuurstudie verricht, waarvan de resultaten in dit hoofdstuk worden weergegeven.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

4.2 De invloed van medici op de ziekenhuisdirectie.

4.3 De invloed van medici op het acquisitiebeleid¹ van ziekenhuizen.

4.4 Het Nederlandse beleid met betrekking tot spreading.

4.4.1 Geschiedenis.

4.4.2 De jaren tachtig².

4.4.3 De discussies rond structuur en financiering van de gezondheidszorg eind jaren tachtig³.

4.4.4 Analyse van de regelgeving die kan worden gehanteerd⁴.

4.5 Het spreidingsbeleid in Engeland, Zweden en Amerika.

4.5.1 Inleiding.

4.5.2 De Engelse aanpak.

4.5.3 De Zweedse aanpak.

4.5.4 De Amerikaanse aanpak.

4.6 Beschouwing van de vier gezondheidszorgsystemen in relatie tot elkaar⁵.

4.7 Drie spreidingscases.

4.7.1 Inleiding.

4.7.2 Computertomografie.

4.7.3 Magnetic Resonance Imaging.

4.7.4 Niersteenvergruizing.

4.8 Vergelijking van het gevoerde introductie- en spreidingsbeleid van de drie besproken KMT'en.

Aan het einde van elk onderdeel zullen de verzamelde gegevens worden getoetst aan het ordeningskader. Op deze manier wordt een nadere vergelijking van de verschillende gegevens mogelijk, hetgeen van belang is voor het opstellen van het spreidingshulpmiddel (SHM).

4.2 DE INVLOED VAN DE MEDICI OP DE ZIEKENHUISDIRECTIE

In hoofdstuk 3 is de organisatie van een algemeen ziekenhuis beschreven. In deze theoretische beschrijving is ruime aandacht besteed aan de beïnvloedingsmogelijkheden van zowel de professionele als de machine-achtige bureaucratie. In deze paragraaf wordt nagegaan of onder andere aanwijzingen voor het gebruik van deze beïnvloedingsmogelijkheden in de literatuur zijn terug te vinden.

Stolte (1964,260) beschrijft reeds de in hoofdstuk 3 gesignaleerde knelpunten tussen professie en management. Hij beschrijft de professie als een professionele bureaucratie:

"Een professie kan men zien als een groepering van beoefenaren van een bepaald beroep welke groepering regels en normen opstelt en aanvaardt die de bescherming beogen van de eigen leden en van hen, die op hun diensten zijn aangewezen. De beschermende maatregelen en de professionele normen (beroepsethiek) zijn van eminente betekenis, omdat ze een gedragspatroon aangeven voor de groepsleden die daardoor van een groot aantal zelfstandige beslissingen ontheven worden."

Stolte constateert op basis daarvan dat de professie meer belang hecht aan de professionele normen dan aan de bureaucratische regels die door het management worden opgelegd. Er kan een kloof ontstaan, omdat:

"het streefbeeld van de professie niet overeenkomt met het streefbeeld van het management."

Hierdoor wordt de ziekenhuisorganisatie gekenmerkt door een systeem van voortdurend overleggen, overreden en onderhandelen. Er is een algemene weerstand bij de professie tegen strikte regels, omdat men van mening is dat de verzorging van zieken een maximum aan improvisatie eist⁶.

Alle interne ziekenhuisvoorschriften kunnen dan ook niet als bevelen worden beschouwd, maar meer als schikkingen waar ternauwernood een sanctie op staat. De professie kan echter niet zonder het sociale systeem van het ziekenhuis dat haar in staat stelt haar werk te doen. Medici leveren immers slechts een gering aandeel aan het personeelsbestand van een ziekenhuis. Stolte merkt tevens op dat het professionele verband de basis schept voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van het toezicht op de taakvervulling door de aan het ziekenhuis verbonden leden van de professie! Na deze analyse concludeert Stolte dat de medici hieraan vorm dienen te geven door een medische staf op te zetten. Hiermee doelt hij op een vergadering van de aan het ziekenhuis verbonden specialisten die uit hun midden een stafbestuur kiezen die ze in bepaalde nader overeen te komen zaken naar het management vertegenwoordigt. De medische staf in toto moet in een gestructureerd overleg met de ziekenhuisdirectie komen tot een openhartige communicatie over de wederzijdse problemen en trachten bij verschil van mening een oplossing te zoeken. Stolte waarschuwt echter dat in een dergelijke "evenwichtsorganisatie" meer dan in een bureaucratie het gevaar bestaat dat een weinig doelgericht⁷ beleid wordt gevoerd. Weinig doelgericht, omdat er een kans bestaat dat de organisatie zal verzanden in een overlegcultuur. Als men zich dit echter realiseert, kan worden voorkomen dat een te opportunistisch beleid de overhand gaat krijgen, waardoor de organisatie stuurloos door de tijd voortdobbert.

De medische staf stond begin jaren zestig zeer gereserveerd tegenover deze ideeën. Groot (1964,261) constateert hetzelfde en merkt op dat ondanks het feit dat de LSV en ziekenhuisorganisaties een eigen model-overeenkomst hebben opgesteld, waarin de relatie ziekenhuis - specialist wordt geregeld, slechts sporadisch stafbesturen worden gevormd. De LSV heeft in 1961 een model stafreglement gepubliceerd, waarin zij stelt dat de medische staf een autonome vereniging is van de aan het ziekenhuis toegelaten specialisten. In deze publikatie omzeilt de LSV de problematiek rond het stafbestuur⁸. Dit is in lijn met hetgeen in hoofdstuk 3 is opgemerkt over de argwaan bij de medici over het idee van afvaardiging. Stolte (1968,262) constateert dat de bureaucratie van het ziekenhuis niet is overgeleverd aan de "willekeur"⁹ van de professie, omdat - zo stelt hij - de professie meer en meer afhankelijk wordt van de ziekenhuis-bureaucratie.

Hij onderbouwt dit door te wijzen op de snelle ontwikkeling van de geneeskunde die met zich meebrengt dat de professie voor de uitoefening van haar taken steeds vaker een beroep moet doen op hulppersoneel teneinde met de nieuwe diagnostische en therapeutische apparatuur te kunnen werken¹⁰. Hij analyseert verder en constateert dat de ziekenhuisbureaucratie en de professionele bureaucratie een symbiotische relatie met elkaar hebben, echter de symbiose is niet paritair, omdat de professie een machtspositie blijft houden. Zonder professie kan een ziekenhuis immers niet bestaan. Een bijkomend voordeel voor de professie was in die tijd dat het maatschappelijk aanzien van de medische professie¹¹ hoog was.

Opmerkelijk is dat Stolte daarnaast bezwaren heeft tegen de inschakeling van specialisten in de bureaucratische hiërarchie. Hij fundeerde deze bezwaren door te wijzen op het feit dat de arts is opgeleid om de individuele belangen van de patiënt te behartigen en niet de collectieve belangen van het ziekenhuis. Deze stelling van Stolte kan heden ten dage als achterhaald worden beschouwd, omdat de tendens juist is de professie te laten participeren in het management. Ik kom daarop later nog terug.

Visser en De Greve (1978,227) analyseren onderdelen van het Zweedse gezondheidszorgsmodel op toepassing in en mogelijke verbetering van het Nederlandse model. Zij onderscheiden drie spanningsvelden in de relatie ziekenhuisorganisatie - professie, namelijk:

- Spanningsveld tussen ziekenhuisorganisatie en individuele autonomie van de professional.
- Spanningsveld tussen de individuele en collectieve autonomie van de professional(s).
- Spanningsveld tussen de collectieve autonomie van de professionals en de ziekenhuisorganisatie.

Zij wijzen erop dat de beheersstructuur van de ziekenhuisorganisatie een eenduidig hoogste gezag kent. De professie kent daarentegen een gezagsstructuur met diverse gezagskernen op de werkvloer en één gezagskern (stafbestuur) in de top van de organisatie. De paramedici zitten tussen beheer en professie ingeklemd¹². In deze artikelen wordt eveneens aandacht besteed aan de gepolariseerde verhoudingen tussen beheer en professie die de rol van de professie bij medische beleidsontwikkeling in de weg staan.

Er is echter een kentering waarneembaar omdat in de jaren zeventig ook bij specialisten het besef kwam dat men niet alleen een verantwoordelijkheid heeft ten opzichte van de individuele patiënt, maar ook ten opzichte van het medisch beleid in toto (dus inclusief de financiële kaders).

De Greve (1978) concludeert dat de medisch specialist rond 1978 nog te vaak onwelwillend is om enige bijscholing op het gebied van financieel management en personeelsmanagement te volgen. Dit heeft te maken met de wijze waarop de rijksoverheid in de jaren zeventig aandacht besteedde aan kostenbeheersing in de gezondheidszorg, waardoor de professie de indruk kreeg te worden betutteld. Als reactie op dat overheidsbeleid spande men¹³ zich niet verder in voor management taken.

In de jaren tachtig zet de gesignaleerde kentering door, en vanaf 1986 wordt gediscussieerd (Durlinger, 1988,266; Leijnse, 1986,263; Havermans, 1987,216; Plasmans, 1987,265; Aarts, 187,265; Olthoff c.s., 1990,419) over de vraag welke rol de medicus zou kunnen spelen in het management van het ziekenhuis. Het is niet verwonderlijk dat juist in die tijd deze discussie wordt gevoerd. Immers, dan zijn de eerste ervaringen opgedaan met de externe¹⁴ budgettering, en de professie realiseert zich dat keuzen gemaakt dienen te worden.

Van der Steeg c.s. (1986,263) pleiten ervoor om meer horizontale samenwerkingsstructuren te maken binnen de ziekenhuisorganisatie om zodoende de efficiency te bevorderen en de hokjesgeest te vermijden. Het credo is: "Met minder geld moet meer gedaan worden." Hij stelt dat het strategische vraagstuk voor de komende jaren zal zijn: integratie van zorg en beheer. Tot slot voorspelt hij dat de professionele bureaucratie met de machineachtige bureaucratie zal gaan versmelten, omdat medici leidinggevende rollen op beheersgebied gaan vervullen in de ziekenhuisorganisatie.

Gelet op de uiteenzetting in hoofdstuk 3 betwijfel ik of deze voorspelling zal uitkomen, omdat de beide bureaucratieën wezenlijk van elkaar verschillen en er in mijn ogen geen aanwijzingen zijn dat de dualistische gezagsstructuur plaats zal maken voor een monistische. De grenzen tussen beide blokken kunnen echter wel door de geschetste ontwikkeling vervagen.

Leijnse c.s. (1986,264) gaan minder ver en pleiten voor een despecialisatie van de medisch specialist, waarmee hij doelt op een integratie van taken als medisch specialist en manager generalist.

Beide vereisen een aparte aanpak, maar door het feit dat er duidelijke overlappingsen zijn, moet het voor de medicus mogelijk zijn om managementgericht te denken. Hij geeft de verschillen tussen medische praktijk en management weer in een schema:

Kenmerk	Medici	Management
Centrale activiteit	Beroepsuitoefening	Strategieontwikkeling Zorg voor professioneel niveau Organisatie en leiding
Afstand tot het vak	Geen	Groot
Toekomst	Voorspelbaar	Onvoorspelbaar
Eigen positie	Zelf in de hand	Afhankelijk van anderen
Relatiepatroon	Eenduidig	Heterogeen
Denk- en werkwijze	Korte spanningsboog	Grote spanningsboog
Inkomenspositie	Relatief hoog	Relatief laag

Daarnaast constateren zij dat er vanuit de medische professie vaak met een zeker *dédain* werd gekeken naar collegae die het medisch management ingaan ("een medisch manager is een mislukte of tweederangs medicus"). Met nadruk wijs ik erop dat dit beeld aan het vervagen is, echter, het feit blijft bestaan dat een medisch manager lager wordt gewaardeerd dan een medisch specialist. De medisch manager moet veel energie steken om zowel het vertrouwen van professie als het vertrouwen van het management te houden respectievelijk te winnen. De in het schema opgenomen opmerking over de inkomenspositie zal met de introductie van het norminkomen grotendeels achterhaald worden.

Dit schema vormt een nuttige aanvulling op het in hoofdstuk 3 gepresenteerde schema van Stevens (1987,439).

Plasmans c.s. (1987,265) vullen het geschetste beeld verder aan door te pleiten voor een verschuiving in de verantwoordelijkheid voor de middelenallocatie naar de medische staf. Plasmans haalt daarbij De Greve en Van Montfort (1987,140) aan die erop wijzen dat bij financiële krapte medici een essentiële managementrol gaan vervullen. Met in het achterhoofd de eerdergenoemde discussie over patiëntenselectie zal het management het verdelen van zorg en vooral het onthouden van zorg overlaten aan medici.

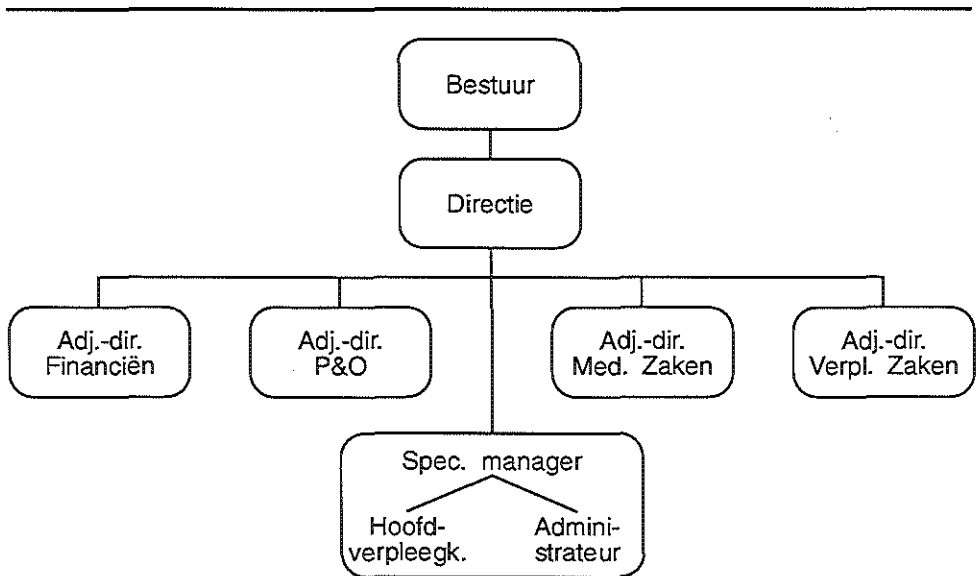
Indien de medici verantwoordelijk worden voor de besteding van het budget kunnen zij actief realloceren, substitueren en innoveren mits het budget door het management niet te krap wordt vastgesteld.

Hij pleit voor een specialistenzelfbestuur. Specialistenzelfbestuur zou kunnen bijdragen tot een betere functieplanning in de regio¹⁵. Aan de problematiek van de functieplanning wordt in de volgende paragraaf aandacht besteed.

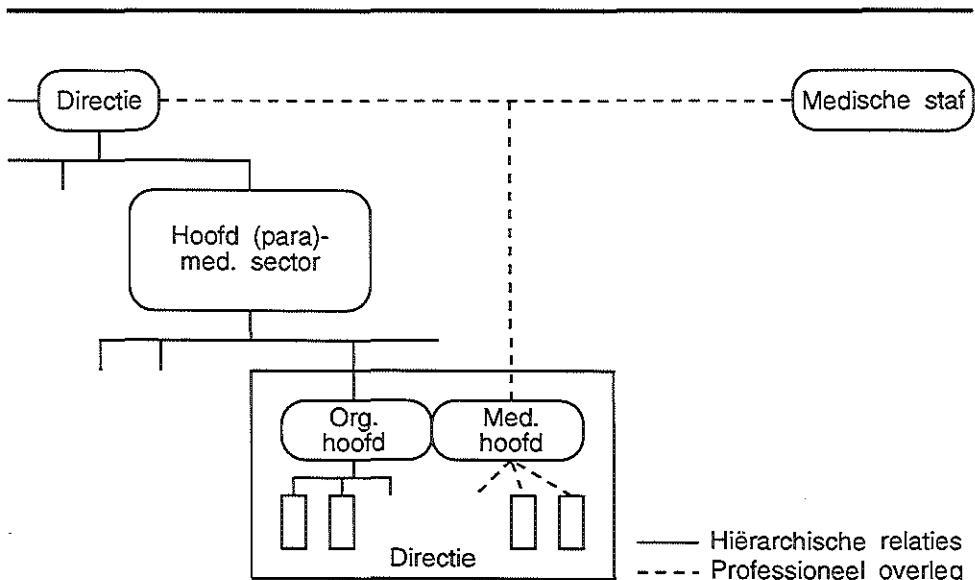
Deze gedachtengang volgend, komt Durlinger (1988,266) tot de conclusie dat de specialist een bijdrage moet leveren aan de sturing van de ziekenhuisorganisatie. Hij introduceert daartoe een model gebaseerd op het John Hopkins-model is (zie figuur 8a). In dit model worden afdelingen geleid door een triumviraat dat bestaat uit een specialist-manager, hoofdverpleegkundige en administrateur. In een aantal ziekenhuizen functioneert dit model naar tevredenheid. Het kan ook als basis dienen voor het opzetten van een divisiestructuur. Het probleem daarbij is echter dat het veelal moeilijk is duidelijke afspraken¹⁶ te maken over de relatie administrateur - beheerder en specialist - manager.

Een tweede model dat Durlinger naar voren schuift is het model van Croonen¹⁷ (zie figuur 8b). Hierin is plaats voor een duo: medisch hoofd en organisatorisch hoofd. In het model van Croonen is de operationele leiding geconcentreerd bij diensthoofden, waardoor de directie haar handen vrij heeft voor strategische beleidsontwikkeling. De medicus houdt ook in dit model een directe lijn met de directie waar het gaat om professioneel overleg.

Eind 1990 brengt de commissie medisch specialist en ziekenhuisorganisatie (Commissie-Van Montfort)¹⁸ haar eindrapport uit, getiteld: "Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen" (1990,601). Hierin wordt een model van managementparticipatie besproken dat gelijkenis vertoont met het eerder besproken blokkenmodel, dat in Zweden wordt toegepast.



Figuur 8a: Het John Hopkins-model.



Figuur 8b: Het model-Croonen.

Als uitgangspunt hanteert de commissie het volgende: "Er dient afstemming plaats te vinden van de medische en budgettaire verantwoordelijkheden." Wat in dit citaat opvalt, is dat men een tweedeling maakt in medisch en budgettair in plaats van in medisch en beheersmatig¹⁹. Men analyseert dat de volgende knelpunten tussen ziekenhuisorganisatie en medisch specialisten een rol spelen:

- Dualistische samenwerkingsvorm tussen medisch specialisten en ziekenhuisorganisatie blijken steeds minder adequaat.
- De scheiding tussen medisch-professionele zaken en beheers- en organisatorische aangelegenheden leidt tot een negatieve spiraal.
- Bij de verschillende experimenten rond managementparticipatie is steeds uitgegaan van de vigerende hoofdstructuur van de ziekenhuisorganisatie.
- Managementparticipatie eist inspanningen van *alle* deelnemers.

De commissie pleit er dan ook voor de hoofdstructuur van de ziekenhuisorganisatie aan te pakken. Dit op zich is voor een commissie bestaande uit LSV en NZR revolutionair te noemen en verdient derhalve bijzondere aandacht.

Men stelt voor de ziekenhuisorganisatie te verdelen in werkeenheden, waar een medisch specialist, een verpleegkundige en een beheersfunctionaris, afhankelijk van de grootte van de werkeenheden, de leiding vormen. Deze werkeenheden worden samengesteld op basis van een gelijksoortige populatie van patiënten. Afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis kan men blokken van werkeenheden vormen. Dit tendeeft richting een divisiestructuur²⁰, waar in grotere ziekenhuizen reeds enige ervaring mee is opgedaan. Een apart punt vormen de ondersteunende diensten. Deze diensten leveren in het model ondersteuning aan de werkeenheden²¹.

Om een dergelijke structuur te laten functioneren, dient de directie bereid te zijn om ruimhartig bevoegdheden te delegeren. Daarnaast dient op het niveau van de leiding van de werkeenheden voldoende kennis en kunde aanwezig te zijn om deze verworvenheden adequaat te kunnen hanteren. Bij het opzetten van een dergelijke structuur zal aan het punt opleiding derhalve ruime aandacht besteed moeten worden.

De commissie realiseert zich dat een dergelijke ommezwaai uiterst complex is en stelt derhalve voor een aantal experimenten op te zetten om het model verder te ontwikkelen.

Ondanks het feit dat ik het model aantrekkelijk vind, staat en valt de acceptatie ervan met een goede financiële compensatieregeling voor de in het management participerende medisch specialisten. Daarnaast is er nog een aantal zaken te overwinnen die Croonen (1991,648) als volgt heeft verwoord:

"De medisch specialisten moeten bereid zijn om:

- zich te voegen binnen kaders van hun ziekenhuis, zoals die in gezamenlijkheid zijn overeengekomen
- zich te verlaten op collega's die met meer organisatorische bevoegdheden zijn uitgerust
- verantwoordelijkheid te nemen voor moeilijke en soms onaangename beslissingen, die ieder ziekenhuis onvermijdelijk boven het hoofd hangen."

Deze zaken zullen volgens mij tezamen met de problematiek van de financiële compensatie in het eerste experiment dienen te worden aangepakt en opgelost, voordat men op grotere schaal gaat experimenteren. Wordt dit laatste verzuimd, dan wacht ook dit model een roemloos einde. Bemoedigend is in dit verband dat zowel de NZR als de LSV te kennen hebben gegeven achter de conclusies van dit rapport te staan.

4.2.1 ORDERINGSKADER

Na de bespreking van deze literatuur toets ik deze literatuur aan de relevante onderdelen van het orderingskader:

Beïnvloedingssystemen

Professionele bureaucratie

Alliance

De alliance is in het begin toegepast om het gevoel te bundelen iets te doen aan het verruimen van de mogelijkheden voor medisch handelen. De medici constateerden dat het management de teugels ging aantrekken, hiertoe gedwongen door de overheid.

Dit kan gezien worden als de trigger. De alliantie is in de jaren zestig gebruikt om de medische staven op te richten (blokvorming ten opzichte van het management).

Empire building

De specialisten participatie en met name het specialistenzelfbestuur is op te vatten als een vorm van empire building. Dit biedt namelijk mogelijkheden om het "empire van de professionele bureaucratie" uit te bouwen.

Budgeting

Door de toenemende aandacht voor kostenbeheersing ontstaat er een tendens in de richting van managementparticipatie. Door te participeren verkrijgt men betere grip op de verdeling van de budgetten. Zodoende komt meer informatie over de budgetten ter beschikking, dat gebruikt kan worden om effectiever het budgetingspel te kunnen spelen.

Machineachtige bureaucratie en directie

Strategic Candidates

De directie kan bij managementparticipatie het strategic candidates systeem toepassen, waardoor men de voor het management beste²² specialisten op de posten van specialistmanager krijgt.

Budgeting

De directie kan de specialisten bij managementparticipatie inzetten in het eigen budgeting-systeem. De situatie schept namelijk de mogelijkheden om "hete aardappels" van het management door te geven aan de specialistmanager.

Machtsspelen

Bij de stafvorming etc. wordt als machtsspel een probleemoplossende benadering gekozen. Men graaft zich niet in, maar ziet duidelijk de voordelen van stafvorming en het hebben van een stafbestuur. Het ziekenhuismanagement reageert hier op dezelfde wijze op.

Spanningsvelden in interne samenwerkingsrelatie

De aanleiding voor de ontwikkeling van de professie in de geschetste richting is een toenemend spanningsveld rond de allocatie van de middelen. Meer zorg, maar minder geld. Dit creëert mogelijkheden, maar ook spanningen. Slecht draaiende maatschappen zouden gekort kunnen worden. Extra faciliteiten kunnen niet meer worden geboden. De zorg zou daardoor kunnen verslechteren.

4.3 DE INVLOED VAN DE MEDICI OP HET ACQUISITIEBELEID VAN ZIEKENHUIZEN

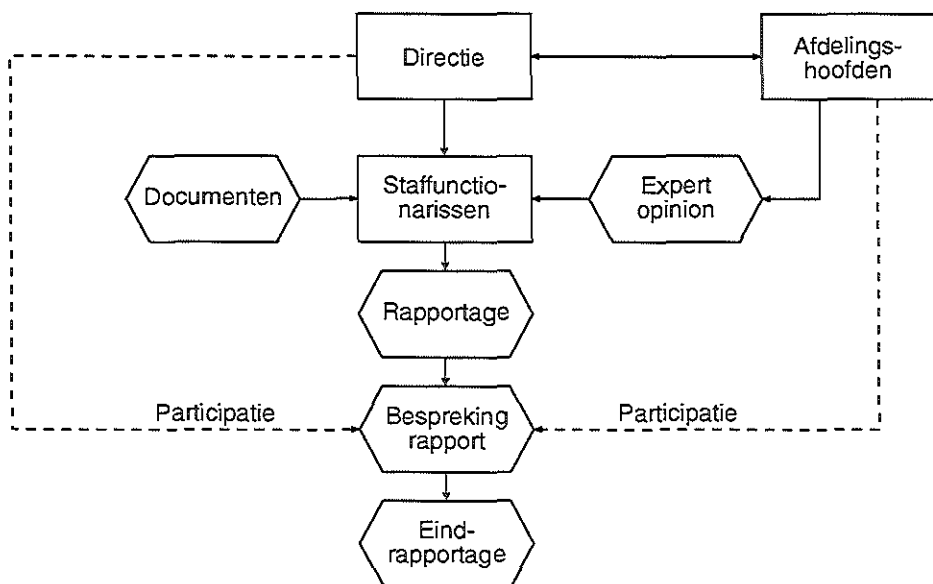
Na de bespreking van de invloed van de medici op de ziekenhuisdirectie is het interessant na te gaan of en hoe zij deze invloed hanteren met betrekking tot het acquisitiebeleid van een ziekenhuis in het algemeen. Bij de bespreking van de spreidingscases wordt diepgaander op deze materie ingegaan.

Bij de bespreking van de externe samenwerkingsverbanden van de professionele bureaucratie is reeds gewezen op het grote en hechte nationale en internationale netwerk waar de medische professie een beroep op kan doen. Internationale ontwikkelingen kunnen zich derhalve zeer snel verspreiden. Door de toegenomen mogelijkheden voor medici om aan internationale congressen deel te nemen, kan elke specialist goed op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen. Zo wordt er in Chicago jaarlijks een groot²³ radiologencongres (RSNA) georganiseerd waar de nieuwste ontwikkelingen worden gepresenteerd.

De Nederlandse afvaardiging telt zo'n 120 personen en bestaat voornamelijk uit radiologen en fysici.

De medici hebben bij nieuwe ontwikkelingen tevens de mogelijkheid deze in de eigen praktijk te introduceren. Sterk gesimplificeerd kan de gedachtengang als volgt worden beschreven: De nieuwe techniek is ontwikkeld, de eerste resultaten zijn gunstig en veelbelovend, dat is dus interessant om eens te proberen. Deze simplificatie lijkt absurd maar benadert wel de werkelijkheid en is in het veldonderzoek frequent opgetekend.

Naaborg (1979,557) beschrijft in zijn proefschrift over de open-hart-chirurgie hoe, nadat de medici de beleidsmakers hebben geattendeerd op het bestaan van wensen²⁴, de procedure binnen het ziekenhuis verder gaat. In figuur 9 wordt deze procedure²⁵ getoond.



Figuur 9: Intern procedureschema voorbereiding aanvraag KMT (naar Naaborg, 1979).

Toelichting op figuur 9.

Directie of medici signaleren een nieuwe ontwikkeling. Zij bespreken de mogelijkheden en consequenties voor het eigen ziekenhuis. Bij sommige ziekenhuizen wordt in die fase reeds overleg gevoerd met de regionale zorgverzekeraars. In het veldonderzoek heb ik deze tendens eveneens bespeurd. Dit zal in de toekomst toenemen, gelet op de voorgestelde veranderingen. (Zie ook subparagraaf 4.4.3)

De directie vertrouwt op het oordeel van de medische professie al dan niet gecombineerd met de resultaten van een inventariserend onderzoek door staffunctionarissen. Naaborg concludeert dat directies voor de acquisitie van nieuwe technologie, waaronder KMT, qua kennis de mindere zijn en ook weinig mogelijkheden hebben om onafhankelijke kennis te vergaren. Tevens concludeert hij dat als de directie tegenwerpingen maakt en meer onderzoek wil verrichten, de professie de directie passeert en direct gaat onderhandelen met het macroniveau (= overheid). Dit heb ik echter niet kunnen bevestigen in het veldonderzoek. Wat wel gebeurt, is dat men probeert zetels te verkrijgen in commissies van de GR. De directie wordt niet zozeer gepasseerd, maar soms meer als stroman gebruikt voor de zaak van de medici. In het merendeel van de gevallen streeft men echter toch een zeker harmoniemodel na.

Naaborg concludeert tevens dat aanbod vraag creëert, waardoor er na de introductie van de eerste apparaten snel capaciteitsproblemen optreden. Het overheidsapparaat is nauwelijks in staat snel te reageren. Hierdoor wordt vaak pas nadat de eerste exemplaren van de nieuwe KMT zijn geplaatst, gestart met studies naar een spreidingssystematiek. Tot het moment dat de spreidingssystematiek is vastgesteld, is de kans groot dat op capaciteitsproblemen ad hoc wordt gereageerd.

Een andere niet te verwaarlozen factor is dat bij het verstrijken van de tijd de nieuwe techniek verder wordt ontwikkeld. Dit kan, in combinatie met de ervaring die met de techniek wordt opgedaan, leiden tot een verruiming van de indicatiestelling. Dat kan op zijn beurt gevolgen hebben voor de te ontwikkelen spreidingssystematiek.

Greer (1984,270) deed onderzoek naar de professionele dominantietheorie in relatie tot de aanschaf van medische technologie. Zij vond dat de medicus slechts een rol speelt in het medisch-individualistisch beslissingsproces en niet zozeer in het eigenlijke aanschaffingsproces. Ik plaats hierbij de kanttekening dat Greer de Amerikaanse situatie beschouwt, waar de "macht" binnen een ziekenhuis in vergelijking met de situatie in Nederland meer is gesitueerd bij de hospitaladministrators en minder bij de medische professie. Bij de bespreking van het Amerikaanse systeem zal dit punt verder worden toegelicht (Zie ook subparagraaf 4.5.3).

In een poging de wensen van de medici te structureren en te relateren aan de financiële mogelijkheden van een instelling is in de tweede helft van de jaren tachtig het begrip "medisch beleidsplan" geïntroduceerd.

De commissie Ziekenhuisstaven van de LSV heeft hiertoe een nota opgesteld, getiteld "Het medisch beleidsplan" (1985,591). In het medisch beleidsplan²⁶ geven de medici van een ziekenhuis aan welke ontwikkelingen worden verwacht, wat gestimuleerd moet worden en wat afgebouwd etc.

Dit medisch beleidsplan vormt een onderdeel van het ziekenhuisbeleidsplan, waarin de koers van het ziekenhuis voor de komende jaren wordt vastgelegd. Dit kan 2 - 5 jaar zijn, waarbij het plan ieder jaar kan worden bijgesteld aan de hand van de ontwikkelingen²⁷.

Door het laten opstellen van een medisch beleidsplan dwingt de directie de medici als het ware keuzen te maken uit de veelheid van ontwikkelingen. Het committeert ze aan hun eigen keuze. Door het NZI/NZR is een handleiding voor het opstellen van een medisch beleidsplan opgesteld. Onderwerpen die in een dergelijk plan aan de orde dienen te komen, zijn volgens hen:

- Functies van het ziekenhuis in zijn verzorgingsgebied:

Introductie of afstoten van specialismen.

Uitbreiden of beperken van specialismen met specialistenplaatsen.

- Medische activiteiten van specialismen voor hun patiëntenpopulaties:

Uitbreiding of bespreking van bestaande activiteiten.

Voorgenomen intensivering van behandeling van specifieke ziektebeelden.

Introductie van nieuwe medische technologie ter vervanging van bestaande of ter uitbreiding.

Gemeenschappelijk gebruik van personele en materiële voorzieningen bij arbeidsintensieve en kapitaalintensieve taken.

- Ontwikkeling en bewaking van de kwaliteit van de hulpverlening

Voor het goed verlopen van het opstellen van een ziekenhuisbeleidsplan is het van belang dat de directie van tevoren een kader aangeeft waarbinnen het beleidsplan moet vallen om te voorkomen dat er uitsluitend wensenlijstjes worden ingediend.

De LSV plaatst echter een kanttekening bij de haalbaarheid van het opstellen van een medisch beleidsplan.

De omstandigheden waarin een ziekenhuis verkeert, kunnen aanleiding zijn om geen ziekenhuis-beleidsplan op te stellen (benarde positie in de regio etc.). Deze kanttekening dient in het licht te worden geplaatst van de ontwikkelingen in die tijd. De budgettering was net ingevoerd, dus de ziekenhuisstaven hadden toen een andere prioriteitenstelling. In deze tijd ligt dat enigszins anders. Men is zich - mede in het licht van de discussie over de stelselherziening - de laatste jaren meer bewust dat er keuzen moeten worden gemaakt.

Uit het veldonderzoek blijkt dat de aandacht voor medische beleidsplannen wisselend is. In sommige ziekenhuizen is men er actief mee bezig, terwijl in andere ziekenhuizen het instrument wordt verguisd. Wel functioneert in het overgrote deel van de ziekenhuizen een investeringscommissie. In dergelijke commissies worden keuzen gemaakt op het gebied van investeringen in nieuwe apparatuur, waaronder dus ook KMT vallen²⁸. Mouton e.a. (1987,269) beschrijven een fasering van het opstellen van een medisch beleidsplan om ervoor te zorgen dat de haalbaarheid zo groot mogelijk is. Deze fasering volgt de theorie rond projectmanagement²⁹.

Mouton stelt voor om een projectgroep te installeren die het medisch beleidsplan opstelt, teneinde de staf de maximale mogelijkheid te geven om commentaar te leveren.

Met het medisch beleidsplan wordt getracht het doel van de professionele bureaucratie, het vergroten van de professionele autonomie voor het ziekenhuis als geheel, handelbaar te maken. Een ziekenhuisbeleidsplan, waarvan een medisch beleidsplan een onderdeel vormt, biedt mogelijkheden tot sturing en profilering van het ziekenhuis en zijn werknemers. Echter, als eind jaren tachtig globaal wordt nagaan hoeveel ziekenhuizen reeds een dergelijk plan hebben opgesteld, valt dit tegen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn, dat de medici zich niet willen committeren aan een dergelijk plan, omdat met het accepteren van een dergelijk plan de koers voor de middellange termijn vastligt en de vrijheid van handelen wordt beperkt.

Daarnaast kan een dergelijk plan een eigen leven gaan leiden, omdat het in beginsel de bedoeling was dat deze ziekenhuisplannen zouden worden gebundeld tot een provinciaal ziekenhuisplan. De provincie zal nieuwe initiatieven toetsen aan het beleidsplan, waardoor het in de ogen van de ziekenhuizen wellicht een belemmering kan vormen voor het nemen en realiseren van nieuwe initiatieven.

In relatie met het medisch beleidsplan wordt nu het KNMG-rapport "Centralisatie van geavanceerde technieken in de geneeskunde" (1983,582) besproken. Aanleiding was de wijziging van de WZV, waarbij duidelijk werd dat er een verschuiving op het gebied van de planning zou gaan optreden. De planning van algemene voorzieningen werd gedecentraliseerd naar provincies en regio's. De planning van KMT werd gecentraliseerd door middel van de formulering van artikel 18 WZV. Door middel van dit artikel werd het de minister mogelijk om regelgeving met betrekking tot bijzondere voorzieningen af te kondigen, waaraan dan een planningbesluit krachtens dat artikel 18 zou zijn gekoppeld. Later in dit hoofdstuk kom ik uitgebreid op artikel 18 terug (zie subparagraaf 4.4.4). Het hoofdbestuur wilde inzicht hebben in hoeverre centrale planning van geavanceerde medische technieken de totale kwaliteit van de medische hulpverlening in gevaar kan brengen. Immers, een dergelijke centralisatie impliceert dat over bepaalde voorzieningen niet steeds kan worden beschikt. De commissie beschrijft eerst de stand van zaken in de maatschappij, waarbij zij vier grondbegrippen onderscheidt die bij de beoordeling van medische technieken een rol spelen:

- De arts-patiëntrelatie:

Er wordt een discrepantie gesignaleerd tussen de rolverwachting van de patiënt en de arts.

- De behoefte aan nieuwe technieken.
- De vraag naar nieuwe technieken.
- Het nut van nieuwe technieken.

De commissie stelt dat de vraag naar moderne technologie is gebaseerd op de verwachtingen van de patiënt, waarbij zij eraan toevoegt dat deze verwachtingen worden beïnvloed door de voorlichting van de artsen en door de media. In de jaren tachtig is een algemene tendens te bespeuren naar meer mondigheid van het publiek met daaraan gekoppeld de wens van het publiek om meer duidelijkheid te krijgen over ingewikkelde zaken, waaronder tevens de gezondheidszorg kan worden begrepen. Dit leidt ertoe dat er in jaren tachtig een groot aantal rubrieken in de media verschijnen, waarin aandacht wordt besteed aan medische zaken³⁰.

Mede daardoor is het publiek beter op de hoogte van de verschillende mogelijkheden die de gezondheidszorg te bieden heeft. Daarnaast bieden deze rubrieken medici de mogelijkheid om nieuwe ontwikkelingen reeds in een vroeg stadium aan een groter publiek mee te delen³¹.

De commissie constateert dat centralisatie van geavanceerde technieken gerechtvaardigd is en dat artikel 18 daartoe een goed instrument kan zijn. Zij is daarentegen van mening dat de in artikel 18 genoemde adviserende instanties bij het uitbrengen van adviezen over de stand van de wetenschap tevens het nut en de noodzaak van de nieuwe technologie moeten aangeven. Men wijst erop dat de wetenschappelijke advisering van goede kwaliteit moet zijn, waarbij advisering door buitenlandse deskundigen noodzakelijk kan zijn.

Bij de beoordeling van de toepasbaarheid en het nut van nieuwe technieken dient een aantal criteria te worden gehanteerd:

- Criteria met betrekking tot:

De stand van zaken van de techniek zelf.

Degene die de techniek toepast.

De benodigde middelen en faciliteiten voor een adequate toepassing.

Het beoogde toepassingsgebied.

De commissie geeft ook een aantal criteria om een techniek te classificeren als standaardtechniek en deze dus buiten de artikel 18 systematiek te houden of te plaatsen:

- Ontwikkelingsproces moet geheel zijn afgesloten.
- Iedere specialist dient voldoende kennis en ervaring te (kunnen) hebben in de toepassing van de techniek (of deze snel te kunnen verwerven).
- De aanwending van de benodigde middelen en de noodzakelijke faciliteiten dienen uit het oogpunt van doelmatigheid toepassing in elke praktijk verantwoord te maken.
- De behoefte dient in die mate onbetwist te zijn dat aanwending in elke praktijk mogelijk moet zijn.

Deze criteria sluiten aan bij het technologie-evolutiemodel van McKinlay, dat in het vorige hoofdstuk is gepresenteerd.

De KNMG-commissie wijdt uit over de competitie tussen specialisten onderling bij de acquisitie van medische technologie en geeft haar machteloosheid toe door te concluderen dat uitvoering van de aanbevelingen staat of valt met de medewerking van de individuele ziekenhuisstaven.

In het rapport wordt aangegeven dat de medici dienen te bepalen wanneer en in hoeverre geavanceerde technieken dienen te worden gecentraliseerd, of niet. Echter op het moment dat de medici wordt gevraagd uit te maken wie als eerste een bepaalde techniek mag hebben, dan valt op dat men er soms niet uitkomt. (Zie ook subparagraaf 4.7.3 Niersteenvergruizer.)

Het blijkt toch noodzakelijk de professie te begeleiden als het om de spreiding van KMT gaat. Bekijken we dit in relatie tot het evolutiemodel van McKinlay dan valt op dat de professie de regelgever wenst te beïnvloeden, maar toch weer niet zelf verantwoordelijk wenst te zijn voor de spreiding. Deze constatering zal ik bij de opstelling van het model meenemen.

4.3.1 ORDENINGSKADER

Bij toetsing van de literatuur aan het ordeningskader ontstaat het volgende beeld.

Kenmerken beslissingsprobleem: Acquisitie KMT

Wanneer het beslissingsprobleem wordt gecategoriseerd in het schema van Berg (1988,623) dan ontstaat het volgende beeld:

Bekendheid	>>>	gering
Niveau van de beslisser	>>>	hoog
Belang van consequenties	>>>	groot
Tijdhorizon	>>>	wisselend
Tijdsdruk	>>>	meestal klein
Complexiteit	>>>	groot
Persoonlijke controle op het proces	>>>	klein
Financiële consequenties	>>>	groot.

Concluderend is het beslissingsprobleem het meest succesvol op te lossen door toepassing van een descriptief model.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Er zijn aanwijzingen dat volgens een descriptief model wordt beslist, waarbij met name het satisficing-search-model wordt gehanteerd. Het rapport van de KNMG over geavanceerde technieken is daar een goed voorbeeld van.

PAR-model

De PAR is bij de bestudering van de literatuur veelvuldig aangetroffen. De Gooyer (1989,187) haalt enige opmerkingen van medici aan waaruit blijkt dat men zonder enige vorm van evaluatie van de resultaten van onderzoek een positieve houding ten opzichte van een nieuwe techniek aanneemt.

Medici gaan af op berichten over de positieve effecten van de nieuwe techniek³². Zij betrekken niet de consequenties van een nieuwe aanschaf voor de ziekenhuisorganisatie als geheel in hun beschouwingen. Uit het veldonderzoek blijkt echter dat medici zich steeds meer interesseren voor de exploitatiegevolgen van KMT. Steeds vaker wordt in de investeringscommissies van de ziekenhuizen aandacht besteed aan de exploitatiegevolgen.

MTA

MTA is bij medici nog niet erg bekend. In het veldonderzoek blijkt dat medici het begrip wel kennen, maar zich er weinig bij kunnen voorstellen. Wel merkt men op dat er veel geld aan MTA-studies wordt gegeven, maar dat er met de resultaten maar weinig wordt gedaan. Hierbij wordt verwezen naar het MTA-onderzoek IVF van Haan (1989,132).

Planningstrategie en sturingsfactoren voor planning

Men hanteert over het algemeen een korte-³³ tot middellange-termijnplanning die bij het medisch beleidsplan strategisch van aard is en bij de investeringsonderhandelingen meer tactisch-operationeel. De planning in een ziekenhuis wordt gestuurd door inhoudelijke en politieke factoren en kan worden gekenschetst als een voornamelijk allocatieve planning (volgens indeling Blum).

Beïnvloedingssystemen

De professionele bureaucratie maakt gebruik van de volgende beïnvloedingssystemen:

Alliance

Een specialisme probeert andere specialismen te interesseren om ook voor de aanschaf van een bepaalde KMT te stemmen en zodoende de druk op het management om een bepaalde KMT aan te schaffen, te vergroten. Men probeert dit niet alleen binnen de professie, maar ook daarbuiten. Zo ziet men dat soms de professie aansluiting zoekt bij patiëntenverenigingen wier leden baat hebben bij een behandeling met een nieuwe KMT.

Rival Camps

Bij het aanwenden van invloed kunnen eveneens rival camps ontstaan doordat binnen een ziekenhuis de ene groep medici belang heeft bij de aanschaf van KMT A, terwijl een andere groep medici belang heeft bij de aanschaf van KMT B. Een ander voorbeeld is dat de aanschaf van een KMT door één specialisme ten koste gaat van de activiteiten van een ander specialisme.

In beide voorbeelden dient er een keuze te worden gemaakt. Het management tracht het maken van die keuze door de medische staf te laten doen. De strijd wordt uitgevochten in de investeringscommissie. De professie dient er dan zelf voor te zorgen dat voor één van de rivalen gekozen wordt, zonder dat de samenwerking tussen de diverse specialisten daaronder lijdt. De toepassing van dit systeem kan de geloofwaardigheid van de diverse medici aantasten, omdat het niet altijd vaststaat dat ze deze houding aannemen in het belang van de patiënt.

Expertise

Dit is bij het laten gelden van invloed het belangrijkste systeem. De expertise van de medicus op zijn specifieke gebied is welhaast onbetwist en voor niet-ingewijden is deze expertise moeilijk te toetsen.

Budgeting

In combinatie met de andere systemen wordt dit systeem toegepast. Met name in de investeringscommissies. Uit het veldonderzoek blijkt dat de medici deze commissies ook beschouwen als hun arena voor dergelijke confrontaties.

Machtsspelen

Bij acquisitiebeleid ziet men vooral de volgende twee machtsspelen: confronterende benadering en psychologische manipulatie. Beide vallen in de categorie niet rationeel/competitief, wat overeenstemt met hetgeen uit de toepassing van het schema van Berg komt. Bij deze twee machts-spelen passen ook pressure campaigns. Deze worden bij het laten gelden van invloed veelvuldig gebruikt, waarbij in een beginstadium op macro-niveau druk wordt uitgeoefend³⁴. Bij deze pressure campaigns wordt met behulp van de hiervoor beschreven politieke beïnvloedingssystemen een groep gemobiliseerd om door middel van de media, vergaderingen, congressen, artikelen etc. invloed uit te oefenen.

Spanningsvelden in interne samenwerkingsrelaties

Uit de opsomming van de beïnvloedingssystemen blijkt dat er spanningen in de interne samenwerkingsrelaties kunnen optreden. Deze spanningen hebben dan voornamelijk betrekking op de allocatie van financiën.

Spanningsvelden in externe samenwerkingsrelaties

In de relatie met de overheid kunnen spanningen ontstaan op basis van de interpretatie van medische beleidsplannen. Om deze reden wordt het maken van beleidsplannen hetzij vertraagd, hetzij uitgesteld. Vanwege het wantrouwen jegens de overheid over hetgeen men met de plannen gaat doen, worden de plannen globaal en nauwelijks richtinggevend.

4.4 HET NEDERLANDSE BELEID MET BETREKKING TOT SPREIDING

In deze paragraaf wordt het Nederlandse spreidingsbeleid met accent op de spreiding van KMT besproken. De literatuurstudie beslaat de periode van 1960 tot en met 1990. Ter wille van de overzichtelijkheid onderscheid ik twee delen. In het eerste deel komt het beleid in de periode 1960 - 1980 aan de orde, terwijl in het tweede deel de periode 1980 tot en met 1990 wordt besproken. De cesuur ligt dus bij 1980. Ik heb 1980 gekozen, omdat de jaren tachtig gekenmerkt kunnen worden als de jaren van de omslag in het denken, waarbij ik denk aan de volgende aspecten: invoering van de budgettering, toename van de mondigheid van de patiënt, toename van de betekenis van de medische ethiek, snelle technologische vooruitgang, herleving van de stelseldiscussies en de internationalisering.

Aan de plannen tot verandering van de structuur en financiering van de gezondheidszorg besteed ik apart aandacht, gelet op hun invloed op het beleid met betrekking tot spreiding. Aan het einde van deze paragraaf wordt de regelgeving geanalyseerd die bij spreiding kan worden toegepast.

4.4.1 GESCHIEDENIS VAN 1960 - 1980

Ter wille van de overzichtelijkheid bespreek ik eerst in grote lijnen de geschiedenis op dit gebied tot 1980, om daarna de planning in de jaren tachtig te beschouwen.

Ik pak de draad op in 1963. In dat jaar werd in de memorie van toelichting op de begroting van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid in bedekte termen aandacht besteed aan het spreidingsvraagstuk. Ik citeer:

"Het komt hen wenselijk voor een onderzoek in te stellen naar de omvang, structuur en doelmatigheid van het apparaat van de gezondheidszorg. Wanneer men daarenboven tracht na te gaan in welke richting de gezondheidszorg zich zal gaan ontwikkelen, dan kan tevens in de toekomst mogelijk ondoelmatigheid in de organisatie worden vermeden.

Laat men dat onderzoek na dan is het gevaar niet denkbeeldig dat investeringen worden gedaan in gebouwen, apparatuur of middelen worden aangewend voor de opleiding van medisch en paramedisch personeel, zonder dat één en ander is afgestemd op de reële behoefte van de burgers aan medische zorg, noch op de economische mogelijkheden. De divergentie die hiervan het gevolg kan zijn, is inefficiënt en werkt kostenverhogend. Zowel voor de overheid als voor het particulier initiatief is het derhalve van grote betekenis, uitgestippeld te zien in welke richting ongeveer de behoefte aan medische diensten zich ontwikkelt, opdat ter beschikking staande middelen met optimaal nut kunnen worden aangewend."

De inhoud van deze memorie is nog steeds actueel. In de jaren zestig, de jaren van de welvaartsstaat maakte schijnbaar niemand zich druk om kostenbeheersing, afstemming en spreiding. Men liet het over aan de vrije krachten (zie verder). De inhoud van het citaat kan worden benoemd als een pleidooi voor exploratieve planning in combinatie met allocatieve planning. Het accent ligt in die tijd nog voornamelijk bij de exploratieve component.

Eveneens in 1963 pleit Verhey (Stolte, 1963,321&327) reeds voor het gebruikmaken van methoden uit marktanalyse bij de planning van de spreiding van ziekenhuizen. Stolte constateert dat men na WO 2 op het gebied van spreiding van ziekenhuizen steeds achter de feiten aan loopt.

Hij lanceert de gedachte dat men door middel van planning vooruit te denken ervoor kan zorgen de ontwikkelingen beter bij te houden³⁵. Stolte vergelijkt de planning met de besturing van een straaljager. De laatste kan slechts goed vliegen, omdat men een groot aantal zelf waarnemende, signalerende mechanismen heeft ingebouwd die automatisch correcties teweegbrengen om te compenseren voor het tekortschietende menselijke reactievermogen. Tevens merkt hij op dat plotseling opgewekte belangstelling voor een bepaald ziektebeeld leidt tot een stimulering van activiteiten op juist dat gebied zonder dat vooraf gekeken wordt naar de prioriteiten van de gezondheidszorg in het algemeen³⁶. Stolte pleit voor het hanteren van meer rationele besluitvormingsmodellen.

Bijna dertig jaar later vindt echter nog steeds geen systematische afweging van belangen plaats en evenmin worden nauwelijks andere prioriteiten dan financiële in de besluitvorming meegenomen.

Het enige verschil is dat eind jaren tachtig het besef ontstaat dat methoden als MTA³⁷ en medische besliskunde³⁸ een bijdrage kunnen leveren aan de besluitvorming.

In de jaren zestig hebben voornoemde uitspraken niet tot beleidsaanpassingen geleid. Een reden daarvoor zou kunnen zijn dat men in een tijd van economische groei verkeerde en er derhalve nauwelijks een prikkel was om gedetailleerd te gaan plannen.

Het particuliere initiatief had in die tijd een grote invloed bij het opstellen en uitvoeren van het volksgezondheidsbeleid. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de Volksgezondheidsnota 1966 nog aangeeft dat de omvang van de aanslag die de volksgezondheid doet op de schatkist nog verder mag groeien door een uitbreiding van de AWBZ toe te staan. Deze groei wordt gelegitimeerd door te wijzen op de te verwachten bevolkingsgroei. De nota uit 1966 ademt een bepaalde mate van tevredenheid met het bestel uit. Men schonk in officiële stukken, zoals troonredes en regeringsverklaringen nauwelijks aandacht aan de gezondheidszorg en ziekenhuisbouw, aldus Baakman (1990). Het aandeel van de gezondheidszorgkosten in het BNP steeg van 1953 - 1963 van 3,3 - 4,5%. In de periode 1963 - 1968 tot 5,7%.

Het bouwvolume steeg nog spectaculairder in 1964 ten opzichte van 1965, een stijging van maar liefst 39,2%. De SER spreekt in die tijd haar verontrusting uit over de stijging, maar de regering is van mening dat men het dient op te lossen door te wijzen op de verantwoordelijkheid van de instellingen en de zelfordening haar werk te laten doen.

Nog geen vijf jaar later veranderde het beeld drastisch. De eerste tekenen van de recessie dienden zich aan en bij beschouwing van de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg constateerde men een welhaast autonome sinds 1960. De overheid liet de situatie analyseren en constateerde de volgende vier kernfactoren voor deze kostenontwikkeling:

- Stijging van de lonen.
- Snelle ontwikkelingen in de medische wetenschap (onder andere KMT).
- Toenemende vergrijzing³⁹.
- Relatie meer welvaart = meer zorg.

De regering heeft als reactie daarop, omdat men zich ging realiseren dat een ongebreidelde groei van de gezondheidszorg een te grote kostenpost zou gaan vormen in tijden van financiële krapte, een wetsvoorstel ingediend dat er onder andere voor diende de ziekenhuisbouw af te remmen. Dit wetsvoorstel werd aangenomen en dat besluit heeft er toe geleid dat in 1971 de Wet ziekenhuisvoorzieningen van kracht werd. Met deze wet werden vier activiteiten geïntroduceerd:

- Een vergunningstelsel voor de ziekenhuisbouw.
- Elke provincie een eigen ziekenhuisplan.
- De synthese van de provinciale plannen vormde het nationale ziekenhuisplan.

Een aparte regeling voor de spreiding van bijzondere voorzieningen. (artikel 18).

Artikel 18 zal gedetailleerd worden besproken in paragraaf 4.4.4.

De werking was simpel: een ziekenhuis dient een aanvraag in, deze aanvraag wordt getoetst aan de plannen, en indien akkoord wordt de vergunning verleend. (De WZV wordt later in dit hoofdstuk uitgebreid besproken.) Baakman 1990 analyseert dat de belangrijkste problemen met het soepel laten werken van de wet de ministeriële richtlijnen, de uitvoeringsbeschikkingen en de planprocedure bleken te zijn. In de wet was een artikel⁴⁰ opgenomen dat bepaalde dat de wet of onderdelen daarvan in werking zou treden op een "door ons nader te noemen tijdstip". De invoering van de wet heeft vele tegenslagen gekend en pas in 1979 werd een ingrijpend gewijzigde WZV door mevrouw Veder-Smit integraal⁴¹ ingevoerd. Door de trage invoering van de wet hebben vele ziekenhuizen van de gelegenheid gebruikgemaakt om aanvragen voor ver- of nieuwbouw in te dienen, die nog conform de oude procedure⁴² zouden worden afgehandeld. Mede daardoor werd al snel na de invoering van de WZV duidelijk dat de kostenontwikkeling met het vergunningstelsel alleen niet in de pas kon worden gehouden.

In 1972 gaf de staatssecretaris van VOMIL (Stuyt) opdracht⁴³ om voorstellen te ontwikkelen om de gezondheidszorg beter te kunnen beheersen. De groep kwam tot de conclusie dat "vrije krachten van het particulier initiatief" moesten worden beteugeld. Tot die tijd hadden medici, ziekenhuismanagement in overleg met de ziektekostenverzekeraars een groot gedeelte van het gezondheidszorgbeleid bepaald.

Door sommige auteurs wordt deze vrij ondoorzichtige gang van zaken als hoofdoorzaak genoemd van de welhaast autonome kostenontwikkeling. Dit rapport⁴⁴ markeert⁴⁵ de ommezwaai in het beleid. Vanaf 1972 heeft de overheid een niet aflatende stroom van intensieve regulering geproduceerd.

In de Nota-Stuyt werden naast de conclusie dat er meer regulering gewenst was, een aantal knelpunten en oplossingen gesignaleerd. Ik noem ze in willekeurige volgorde:

Knelpunten:

- Geen of onvoldoende integrale beleidsvorming met de daarbij behorende prioriteitenstelling.
- Geen evenredige verdeling van medische capaciteiten en middelen over de diverse sectoren van zorg.
- Opleiding van- en behoefte aan medewerkers sluiten niet op elkaar aan.
- Verzekeringssysteem bevordert selectief handelen in het geheel niet.

Oplossingen:

- Centrale en openbare planvorming met een adviestaak voor de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Opdeling van Nederland in regio's.
- Versterking van de extramurale zorg.
- Normering dient meer aandacht te krijgen.
- De instellingen dienen een goede informatieverzameling op te bouwen en tevens verplicht te zijn deze informatie ter beschikking te stellen aan de centrale overheid.
- De mogelijkheden voor een systeem van man-powerplanningsysteem in de gezondheidszorg dienen onderzocht te worden.
- Teneinde de beheersbaarheid van de kosten te vergroten dient een budgetteringssysteem te worden ontwikkeld en geïntroduceerd.

De aanbevelingen die in de Nota-Stuyt vervat waren, zijn niet direct uitgevoerd, omdat de regering viel. De volgende staatssecretaris van VOMIL was J.H. Hendriks. Hij gaf de opdracht een structuurnota te schrijven en hiervoor als basis te gebruiken de rapporten die zijn voorganger gemaakt had.

In de structuurnota van 1974 werden de volgende voorstellen gedaan:

- Regionalisatie werd nuttig en democratiebevorderend geacht, maar daarnaast diende door de regionalisatie het particulier initiatief in de hand gehouden worden. De centrale overheid hield de algemene verantwoordelijkheid voor grootschalige functies.
- Het opdelen van de gezondheidszorg in echelons⁴⁶ werd gezien als een goede mogelijkheid de kosten te drukken. Het eerste echelon zou als zeef voor het tweede moeten dienen.
- De 4%-maatregel werd voorgesteld. Met deze maatregel werd getracht het aantal bedden - dat gezien werd als potentiële generator van grote hoeveelheden kosten - terug te brengen tot vier per duizend inwoners.
- De gesignaleerde toename van de vergrijzing werd als probleem onderkend en er werd gewezen op het realloceren van financiën naar de verpleeghuissector.
- Er werd voorgesteld om te onderzoeken of budgetfinanciering voor de intramurale sector mogelijk was.

Het in de Volksgezondheidsnota nog voorgestane idee van zelfordening was ingeruild voor wetgeving en sturing van overheidszijde. De wetgeving was de WZV. Deze wet echter was opgesteld ter regulering van nieuwbouw en niet ter sanering van bestaande voorzieningen. Daarnaast kende de grondwet geen regio's. Deze aspecten hadden traagheid in de uitvoering van de structuurnota ten gevolg, waardoor de kostengroei aanvankelijk nog nauwelijks kon worden geremd. Het voor mijn onderzoek relevante element van het centraal reguleren van de grootschalige functies, waarmee de overheid actief de regionalisatiegedachte kan uitdragen, is in de daaropvolgende jaren verder vormgegeven. Eén van de onderdelen hiervan was de introductie van het stratificatiemodel. In dit model werden de aanwezige ziekenhuizen verdeeld in drie categorieën:

- Basisziekenhuizen (circa 200 bedden).
- Centrumziekenhuizen (circa 400 bedden).
- Topziekenhuizen (> circa 400 bedden).

Dit model heeft ertoe bijgedragen dat de ziekenhuizen zich begonnen te realiseren dat ze met elkaar moesten samenwerken binnen de regio, omdat de overheid niet aan elk ziekenhuis de middelen ter beschikking stelde om uit te groeien tot een topziekenhuis.

Het model stelde vast wat voor functies er bij elk van de drie categorieën behoorde. Sterk gesimplificeerd, kan men stellen dat geredeneerd werd volgens het principe: een ziekenhuis met X bedden valt in categorie Y van het stratificatiemodel, wat recht geeft op Z functies. De belangrijkste nadelen van het stratificatiemodel waren de verregaande simplificatie en de starheid in hantering. Het stratificatiemodel hield bijvoorbeeld geen rekening met demografische aspecten, en nam de bestaande situatie als vertrekpunt.

De uiteindelijk in 1979 van kracht geworden gewijzigde WZV bevatte tevens de mogelijkheid om ziekenhuizen te sluiten (artikel 18a).

Conclusie: in deze periode werd gezocht naar het behalen van korte termijn effecten. Naaborg (1979,557) constateert aangaande het beleid rond de introductie van open-hartchirurgie in Nederland hetzelfde.

De constatering die ik verderop maak met behulp van het ordeningskader zijn op een vergelijkbare wijze gemaakt door de beleidsmakers van die tijd. Roos (1982,310) schrijft dat de oorspronkelijke WZV uit 1971 nooit geheel is ingevoerd en dat men eind jaren zeventig tot de conclusie kwam dat de gezondheidszorg niet is vast te leggen in een landelijk plan. De uitgangssituatie⁴⁷ was niet geschikt voor een dergelijke exercitie. In de jaren zestig en zeventig was er overcapaciteit, een slechte spreiding en ongelijke verdeling van functies.

De overheid ging zich eind jaren zeventig realiseren dat planning een meer procesmatig⁴⁸ karakter moet hebben teneinde veranderende inzichten en gegevens flexibel te kunnen inpassen. Om dit procesmatige karakter meer te accentueren, werd eind jaren zeventig, begin jaren tachtig aandacht besteed aan procesplanning, en als logisch gevolg daarvan stond het denken over regionalisatie van de intramurale gezondheidszorg meer centraal. Men ging ervan uit dat op regionaal niveau de processen in kaart konden worden gebracht en ook, gelet op de kleinschaligheid, beter konden worden beheerst (zie verder paragraaf 4.4.2).

Orderingskader

De verzamelde literatuur over de periode 1960 - 1980 is aan het orderingskader getoetst met het volgende resultaat.

Kenmerken beslissingsprobleem

Na toepassing van het schema van Berg kan worden geconcludeerd dat het planningprobleem hoog scoort voor toepassing van een descriptief model. Echter, in de beschouwde periode valt op dat er toch pogingen zijn ondernomen om meer rationeel te werk te gaan. Ik wijs op de regionalisering, de in de WZV opgenomen planprocedure etc. Echter, het probleem bleef dat het overheidsapparaat niet snel op de veranderingen kan inspelen, waardoor de effecten uitbleven.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

De kostenontwikkeling was het signaal tot actie. Men achtte aanvankelijk het systeem van zelfordening en het wijzen op de eigen verantwoordelijkheid van het veld, voldoende. Echter, eind jaren zestig zag men uiteindelijk in dat overheidsingrijpen toch gewenst was.

De overheid formuleerde een pakket regelgeving, waarmee het dacht voldoende effect te sorteren. Men heeft een inventarisatie laten verrichten en heeft daaruit die elementen uitgevoerd die paste in de toenmalige beleidslijn. Een rationeel afwegen van de verschillende mogelijkheden die na het onderzoek boven tafel kwamen, werd niet verricht. Concluderend kan worden opgemerkt dat de overheid een satisficing-search-model hanteerde.

Planningstrategie

Er is in deze periode sprake van een verschuiving van minimale planning naar een meer allocatieve planning, die gekoppeld is aan een toename van het overheidsoptreden. Pas eind jaren 70 kreeg de WZV een instrument⁴⁹ om de spreiding van nieuwe technologie te reguleren.

Sturingsfactoren voor planning

In de jaren zeventig waren vooral politieke factoren van belang. Men zocht naar mogelijkheden de autonome kostenontwikkeling in te dammen. Inhoudelijke en maatschappelijke factoren gingen pas een rol spelen in de nog te bespreken jaren tachtig.

Machtsspelen

De ziekenhuizen reageerden met een probleemoplossende benadering op de voorgestelde veranderingen door massaal voorstellen in te dienen voor met name ver- en nieuwbouw. Deze voorstellen werden alle ingediend onder de oude, veel soepelere regelgeving.

De ziekenhuizen namen derhalve het zekere voor het onzekere.

4.4.2 DE JAREN TACHTIG

In de jaren tachtig kwam een einde aan de outputfinanciering en werd de budgetfinanciering ingevoerd. Daaraan gekoppeld, werd een proces van vergaande regelgeving⁵⁰ gestart, teneinde de budgetfinanciering een kans van slagen te geven. Deze regelgeving had met name betrekking op de functieplanning en de planning van de spreiding van specialisteneenheden. Beide eenheden waren van invloed op het budget van een ziekenhuis. Daarnaast was het voor een juiste budgettering van belang dat de verrichtingen meer procesmatig werden beschouwd. De overheid ontwikkelde hiertoe een model dat uitging van een netwerkorganisatie rondom de patiënt. De patiënt kon gedurende zijn leven te maken krijgen met drie gezondheidszorglijnen, te weten:

- de eerste lijn die de eerste hulpvragen van de patiënt moet kunnen beantwoorden
- de tweede lijn die geconsulteerd wordt als de hulpvragen niet in de eerste lijn beantwoord kunnen worden en als de patiënt opgenomen moet worden
- de derde lijn die geconsulteerd wordt als er sprake is van langdurige ziekte of herstel die een aparte, maar minder intensieve zorg behoeft dan in de tweede lijn wordt geleverd⁵¹.

Lapré (1985,278) beschrijft in een overzichtsartikel, betrekking hebbend op de ontwikkeling van de WZV-planningsystematiek in de eerste helft van de jaren tachtig, dat deze eigenlijk heeft gefaald. Hij onderbouwt deze stelling als volgt:

- Uit de WZV spreekt een te optimistische visie op de mogelijkheid plannen te maken die ook volgens die blauwdruk zullen worden uitgevoerd.

- Binnen de WZV is geen machtscentrum aangewezen, waardoor de plannen niet met voortvarendheid kunnen worden geïmplementeerd, waardoor zij aan kracht verliezen.
- In de WZV wordt voorbijgegaan aan het feit dat korte en lange-termijnplannen niet los van elkaar kunnen worden gezien. Het gevaar is dan dat de één niet op de ander aansluit.
- In de WZV wordt ervan uitgegaan dat de gegevens die men voor het opstellen van de plannen nodig heeft eenvoudig te verkrijgen zouden zijn. Dit nu is geenszins het geval. Er zijn zeer vele gegevensverzamelingen die niet op elkaar zijn afgestemd. De methodologische problemen zijn door partijen aangegrepen om mogelijke wijzigingen tegen te gaan of in elk geval te vertragen.
- Na de totstandkoming van de gewijzigde WZV verliep de ontwikkeling van de planningwetgeving chaotisch. De criteria waaraan de plannen dienden te voldoen, wisselden met de regelmaat van de klok. Een conclusie van het veld was dan ook om eerst maar eens af te wachten totdat de wetgever met een definitieve planningwetgeving komt.

De door Lapré gesignaleerde elementen worden door anderen⁵² onderschreven. In deze periode van onduidelijkheid over de uitvoering van regelgeving wordt er in toenemende mate aandacht besteed aan het verplaatsen van de planningdiscussies van landelijk naar regionaal niveau. In het midden van de jaren tachtig begint eveneens de discussie over het terugtreden van de overheid.

Groot (1988,287) wijt de opmars van de regionale planning aan het feit dat provincie en rijksoverheid het maar niet eens konden worden over de verdeling van de planningverantwoordelijkheden.

In de tweede helft van de jaren tachtig worden vele publikaties (onder andere De Groot c.s., 1988,87&104; NZI, 1986,277; Elst c.s., 1985,70; Dillmann, 1988,103) gewijd aan deze materie. De rijksoverheid grijpt deze ontwikkeling aan om na het mislukken van de centrale en beperkt decentrale planning nu om te zetten in een regionale planning. De regionale planning wordt door de rijksoverheid geregistreerd, omdat de regio geen formeel bestuursorgaan kent. De provincie krijgt een advies-taak, maar heeft slechts een beperkte invloed op het regionale functioneren.

Wat heeft deze accentverschuiving voor consequenties voor de planning van de spreiding van KMT? Van Dijk c.s. (1988,273) pleiten ervoor dat naast een decentrale planning voor regionale activiteiten ook een centrale planning wordt opgesteld voor bovenregionale activiteiten. Zo kan men door bij de decentrale planning rekening te houden met de centrale planning tot betere afstemming komen.

De onduidelijkheid over welke planning nu regionaal dient te geschieden en welke bovenregionaal, was in 1987 aanleiding voor het CvZ (1987,282) om 250 adviesaanvragen van ziekenhuizen ter verkrijging van een vergunning ter exploitatie van artikel 18 voorzieningen aan de staatssecretaris te retourneren met het verzoek deze te honoreren:

"omdat de continuïteit in de zorgverlening vereist dat de knopen nu maar moeten worden doorgehakt".

De onderliggende reden was dat men planningbesluiten waaraan men de aanvragen kon toetsen nog steeds moest ontberen. In 1988 werden enkele planningbesluiten⁵³ voor artikel-18-voorzieningen door WVC voltooid.

Bij de hantering van deze besluiten deed zich echter op regionaal niveau een opmerkelijke ontwikkeling voor. Bij de bespreking met de regionale ziektekostenverzekeraars over de budgetuitbreiding die aan de uitvoering van het planningbesluit gekoppeld is, bleek dat hun koepels⁵⁴ geheel andere planningbesluiten hadden gemaakt en weigerden de WVC-besluiten te hanteren. In feite verloren hiermee de planningbesluiten hun waarde en was een regionale planning voor artikel-18-voorzieningen eigenlijk een feit. Door de nadruk die de overheid op het regionaal overleg legt, heeft zij geen mogelijkheid om een dergelijke ontwikkeling te keren. Zou zij dat toch doen dan druist dat in tegen het decentrale beleid dat wordt voorgestaan. Hieraan gekoppeld, houden Verzellenberg c.s. (1989,281) een pleidooi voor het door de ziekenhuizen laten opstellen van een vijfjaarsinvesteringsplanning, zodat men beter kan inspelen op de vervangingsbehoefte en de behoefte om nieuwe ontwikkelingen te introduceren⁵⁵. Een groot voordeel hiervan zou zijn dat men de planning van regionale en bovenregionale activiteiten vrijwel direct op instellingsniveau financieel kan worden vertaald.

Van Son (1989,272) stelt, dat wil men adequaat kunnen plannen⁵⁶, men dient te komen tot een integrale en systematische evaluatie van het volksgezondheidsbeleid.

4.4.3 DE DISCUSSIES ROND DE STRUCTUUR EN FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN DE JAREN TACHTIG⁵⁷

De discussie over de structuur en financiering duurt nog steeds voort en wordt gekarakteriseerd door moeizame politieke discussies en dito besluitvorming. De overheid was echter van mening dat de doelmatigheid van het stelsel steeds minder werd, ondanks alle pogingen deze door middel van aanpassingen te verbeteren.

Daarnaast constateerde men een steeds duidelijkere afbrokkeling van de solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Aan dat laatste werd in april 1986 een eerste aanzet tot verandering gegeven middels de door De Bruine e.a. omschreven "kleine" stelselwijziging (in Maarse, 1990,621). Deze hield in het opheffen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering, alsmede de bejaardenverzekering. De bejaarden werden opgenomen in de ziekenfondsverzekering en de vrijwillig verzekerden moesten een particuliere verzekering afsluiten. Bij deze stelselwijziging werd de mate van regulering door de overheid uitgebreid door de invoering van de WTZ en MOOZ⁵⁸.

In augustus 1986 besloot de overheid de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Dekker) in te stellen met als taakopdracht "het in hoofdlijnen adviseren over de mogelijkheden tot beheersing van de volume-ontwikkeling, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en tot deregulering⁵⁹".

Ik bespreek het plan-Dekker slechts in hoofdlijnen en richt mij vooral tot de opmerkingen aangaande planning van de spreiding van KMT.

Rapport van de commissie-Dekker

Het rapport is opgesteld na formulering van een drietal uitgangspunten:

- De gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening vertonen een zodanig sterke samenhang dat zij beleidsmatig en qua financiering nauw aan elkaar moeten zijn verbonden⁶⁰. De commissie brengt beide onder het enkele begrip "zorg".
- Bevordering van doelmatigheid en flexibiliteit in de zorg⁶¹.
- Verschuiving van overheidsregulering naar markt en zelfregulering.

In haar rapport stelt zij een verzekeringsstelsel voor dat bestaat uit een basisverzekering en een aanvullende verzekering⁶². Deze basisverzekering omvat zorg die niet op de vrije markt te verzekeren is en zorgfuncties die gevoelig zijn voor substitutie⁶³. De basisverzekering omvat 85% van de verstrekkingen.

De overige 15% wordt ondergebracht in de aanvullende en vrijwillige verzekering⁶⁴. Voor het gehele pakket dient een acceptatieplicht te gelden. De premie voor de basisverzekering is opgebouwd uit een inkomensafhankelijk (procentueel) deel en een nominaal deel. De premie voor de aanvullende verzekering kent alleen een nominaal deel.

In het plan-Dekker worden de volgende opmerkingen gemaakt over de relatie medische staf en management in ziekenhuizen:

- Dekker constateert dat een ziekenhuis in vele opzichten een facilitair bedrijf is ten behoeve van de specialist die zelfstandig ondernemer is. Hierdoor is de directie veelal onvoldoende in staat prioriteiten in het kader van een efficiënte bedrijfsvoering te stellen.
- De nodeloze diagnostische en therapeutische verrichtingen dienen door toepassing van medische besliskunde etc. te worden teruggedrongen en vergoedingen voor nutteloos of verouderd onderzoek moeten worden afgeschaft.
- Het gebruik van nieuwe, kostenbesparende technologie moet budgettair worden gestimuleerd.
- Tussen management en medische staf dienen geformaliseerde en bindende afspraken te worden gemaakt over de besteding van het budget. Zo moet het management meer invloed krijgen op de kwantitatieve aspecten van de zorgverlening⁶⁵. Hierbij wordt gewezen dat deze invloed dient om "te voorkomen dat spanning tussen medisch handelen en beschikbare middelen leidt tot onbeheersbaarheid en conflict".

De hiervoor staande opsomming moet leiden tot een meer zakelijke omgang tussen management en medische staf van een ziekenhuis. Dekker pleit er als het ware voor dat het ziekenhuis als een werkelijk facilitair bedrijf wordt geleid.

Na een constatering dat de planprocedures, die geïntroduceerd zijn met en na de structuurnota alle hebben gefaald, pleit Dekker voor een versnelde uitvoering van de 8.000 beddenreductieoperatie (Gardeniers, 1982) aangevuld met nog eens 4.000 bedden.

Deze in totaal 12.000 bedden zouden op basis van de WZV versneld moeten worden gesaneerd. Men noemt daarbij het jaartal 1990. Over de KMT⁶⁶ zegt Dekker het volgende:

- De huidige regelgeving is traag, omslachtig en niet flexibel, waardoor een achterstand kan ontstaan.
- Ongewenste ontwikkelingen als overmaat of juist onvoldoende spreiding kunnen bovendien met deze regelgeving niet worden tegengegaan.

Dekker stelt op basis daarvan voor:

- De overheid stelt, gehoord de GR⁶⁷, vast of bepaalde voorzieningen moeten worden toegelaten, nadere evaluatie vereisen, dan wel in het basispakket moeten worden opgenomen.
- Financiering vormt een onderdeel van de overeenkomsten tussen verzekeraars en instellingen op regionaal niveau.
- Een andere mogelijkheid is dat KMT'en rechtstreeks uit de centrale kas⁶⁸ worden gefinancierd.

Bij het opstellen van het concept-spreidingshulpmiddel is voor een deel gebruik gemaakt van deze voorstellen (zie hoofdstuk 5).

Dekker pleit voor beperkte regulering van KMT en stelt derhalve voor artikel 18 te moderniseren en vooral na te gaan welke voorzieningen onder het artikel-18-regime vandaan moet worden gehaald. Deze modernisering van artikel 18 wordt besproken in de subparagraaf analyse regelgeving (4.4.4).

Bij de bespreking van het Dekker-rapport bleek de Tweede Kamer de uitwerking van de voorstellen te ondersteunen. Over de uiteindelijke vormgeving van het nieuwe stelsel verschilden de fracties van mening. Met name de marktwerking en concurrentie bleken moeilijkheden op te leveren.

Werken aan Zorgvernieuwing (Simons)

Eind 1989 viel het kabinet en trad een Rooms-Rode coalitie aan. Staatssecretaris Simons bracht daarop de Nota Werken aan zorgvernieuwing⁶⁹ uit, waarin het element marktwerking was geschrapt, en ten opzichte van Dekker enkele accentverschillen waren aangebracht.

Wat vooral opvalt, is dat meer nadruk wordt gelegd op eerstelijnsactiviteiten (preventie!) en minder op de tweede lijn. Tevens wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan kwaliteit, een beleidslijn die tevens expliciet in Dekker is opgenomen.

In het plan-Simons wordt nauwelijks gesproken over de relatie professie - management. Er wordt slechts geconstateerd dat er de laatste jaren een professionalisering van het management heeft plaatsgevonden. Over de professie wordt gezegd dat deze meer aandacht moet krijgen voor kwaliteit van haar dienstverlening. Hiertoe zal een kwaliteitswet worden opgesteld die nauw aansluit bij de BIG-wetgeving⁷⁰.

Over de topklinische zorg zegt Simons het volgende:

- Door de overgang van de AZ'en van O&W naar WVC wordt het mogelijk een integraal ziekenhuisbeleid te voeren. Juist de AZ'en zijn de "broedplaatsen" voor nieuwe medische en technologische ontwikkelingen, die voor de gezondheidszorg en de kosten van de zorg grote implicaties hebben. Door middel van de ontwikkelings-geneeskunde cyclus kan onder andere⁷¹ onderzoek naar nieuwe ontwikkelingen worden gestimuleerd.
- Na een constatering dat topklinische zorg volop in de belangstelling staat en dat dit niet alleen kosten-, kwaliteits-, maar ook medisch ethische consequenties heeft, zegt hij dat een slagvaardiger beleid mogelijk wordt door de wijziging van artikel 18. Deze wijziging⁷² houdt een aanmerkelijke vereenvoudiging in van de planning van topklinische zorg. In de nota wordt vastgehouden aan een concentratiebeleid uit kosten- en uit kwaliteitsoverwegingen.
- Specifiek wordt aandacht besteed aan het uittredebeleid van functies die onder artikel 18 vallen. Functies die "volgroeid" zijn en waarvan uit oogpunt van kosten en kwaliteit geen bijzondere regelgeving meer noodzakelijk wordt geacht, worden onder artikel 18 vandaan gehaald en ondergebracht in de reguliere planningprocedures krachtens de WZV.

Simons is met betrekking tot technologie slagvaardig te werk gegaan, hetgeen uit de volgende activiteiten blijkt:

- Kwaliteit van zorg (Nota Kwaliteitsbeleid en KNMG-conferenties).
- Keuzen in de zorg (Commissie-Dunning).
- Onderzoek in- en uittrèdbeleid artikel 18 (rapport-Mandema c.s. (1990,697)).
- Adviesstructuur (rapport-Fortuyn "Ordening door Ontvlechting" (1990,626)).

Op de laatste twee rapporten kom ik in de volgende paragraaf terug.

Het veld heeft op beide rapporten verdeeld gereageerd met name waar het de stelselherziening betreft. Over het feit dat er wordt vastgehouden aan een centrale planning voor KMT is weinig reactie gekomen. Wel verschijnen er artikelen waarin de noodzaak van goed, zogenaamd ex-ante- en ex-post-evaluatieonderzoek wordt bepleit naar technologie. Daarbij wordt steeds gewezen op de mogelijkheden die MTA-onderzoek en ontwikkelingsgeneeskunde bieden (Lapré, 1987,538; STG, 1987,559; Abrams, 1987,551; Staveren v., 1988,556; Straten, 1989,212; Voorthuisen v., 1989,518).

Concluderend kan worden geconstateerd dat zowel Simons als Dekker een centrale planning van onder andere KMT voorstaan.

Orderingskader⁷³

Indien het beleid in de jaren tachtig wordt getoetst aan het orderingskader ontstaat het volgende beeld:

Rationele besluitvormingsmodellen

De in de WZV opgenomen planprocedure kan worden vergeleken met een sequentieel fasemodel⁷⁴. De uitvoering ervan verloopt verre van soepel, omdat de voorgestelde constructie niet kan steunen op een breed draagvlak in het veld. Slechts in enkele provincies wordt een provinciaal ziekenhuisplan gemaakt  n afgerond. De artikel-18-procedure wordt gehanteerd, maar blijkt omslachtig, log en traag te zijn⁷⁵. In de plannen-Dekker en -Simons worden de omslachtige planprocedures afgeschaft, waarbij Dekker pleit voor marktwerking en concurrentie. Simons pleit daarentegen voor enige (mijns inziens minieme) marktwerking.

Beide pleiten voor het behoud van centrale planning van KMT, maar wel volgens een vereenvoudigde procedure. Deze procedure wordt noch door Dekker noch door Simons verder uitgewerkt.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Dekker en Simons constateren dat de centrale planning met uitzondering van KMT moet worden verlaten. Marktwerving, concurrentie, preventie en kwaliteit zijn sleutelbegrippen. Men verwacht dat het microniveau de planning zal gaan uitvoeren en dat men er door onderling overleg op dat niveau uit moet komen. Het microniveau zal zich bedienen van descriptieve besluitvormingsmodellen, omdat deze het best geschikt zijn om complexe problematiek te beschouwen⁷⁶. De besluitvorming op microniveau is het best te vatten in het satisficing-search-model.

Medische besliskunde en MTA

De jaren tachtig kunnen worden beschouwd als de jaren waarin medische besliskunde en MTA naar voren zijn gekomen. In de plannen Dekker en Simons wordt expliciet gewezen op de voordelen die toepassing van beide deelwetenschappen voor het beleid kunnen bieden. Aan de medische besliskunde wordt een rol toebedeeld in de ondersteuning van behandelprotocollen, terwijl aan de MTA onder andere een rol wordt toebedeeld bij de beleidsevaluatie rond KMT.

Planningstrategie

Begin jaren tachtig worden gedomineerd door een mix van normatieve en allocatieve planning⁷⁷. De plannen-Dekker en -Simons pleiten voor een minimale planning in het kader van deregulering. Met betrekking tot de planning van KMT pleiten beiden voor een vermindering van de normatieve planning. De allocatieve planning voor KMT blijft gehandhaafd.

Sturingsfactoren voor planning

De belangrijkste sturingsfactoren zijn in deze decade politieke geweest en na circa 1985 kwamen daar maatschappelijke bij. Deze maatschappelijke sturingsfactoren worden vooral gestimuleerd door de steeds verdergaande mondigheid van de patiënt.

De inhoudelijke sturingsfactor is daar pas in 1990 aan toegevoegd door de discussies rond het in- en uittredebeleid rond artikel 18 en de installatie van de commissie-Dunning.

4.4.4 ANALYSE VAN DE REGELGEVING

Inleiding

In de volgende subparagrafen zullen de wetten worden besproken die een rol kunnen spelen bij de introductie en spreiding van KMT. Er zal in verband met het opstellen van een spreidingshulpmiddel uitgebreider stil worden gestaan bij artikel 18 WZV. De opbouw is als volgt:

- Grondwet.
- Gezondheidswet:
 - Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
 - Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.
 - Gezondheidsraad.
 - Staatstoezicht.
- Ziekenfondswet:
 - Ziekenfondsraad.
- Wet Tarieven Gezondheidszorg en Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.
- Wet Ziekenhuis Voorzieningen:
 - College voor Ziekenhuisvoorzieningen.
 - Artikel 18 WZV en Ontwikkelingsgeneeskunde.

Tot slot zullen de aldus verzamelde gegevens worden getoetst aan het ordeningskader.

Grondwet

In de Grondwet is een artikel met betrekking tot de volksgezondheid opgenomen, artikel 22, lid 1:

"De overheid treft maatregelen ter bevordering van de Volksgezondheid."

Dit is een breed interpreteerbaar artikel, zodat onder bevordering eveneens kan worden verstaan: "het bevorderen van een zodanige spreiding van voorzieningen dat het merendeel van de op de desbetreffende voorziening aangewezen patiënten deze ook daadwerkelijk kan benutten." Dit artikel van de Grondwet wordt in wetten zoals de Gezondheidswet en de Ziekenfondswet verder uitgewerkt.

Gezondheidswet

In de Gezondheidswet worden de Gezondheidsraad (GR), Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), de provinciale raden voor de volksgezondheid (PRV) en het Staatstoezicht omschreven⁷⁸.

In een slotparagraaf van de Gezondheidswet wordt over de algemene functie van de voornoemde organen het volgende gezegd:

"Alle maatregelen die kunnen strekken tot het gezond worden en gezond blijven van de bevolking vallen onder de zorg voor de volksgezondheid en het behoort tot de taak van [de onder de GzW vallende] organen het nemen van deze maatregelen te bevorderen."

In de nu volgende subparagrafen zullen de verschillende adviesorganen kort worden beschreven.

NRV

De taak van de NRV zoals deze in de wet omschreven wordt luidt (ingekort/samengevat):

Gevraagd en ongevraagd advies verstrekken met betrekking tot "belangrijke zaken die op het gebied van de volksgezondheid aan de orde zijn."

De NRV is samengesteld uit vertegenwoordigers van de publieke en particuliere sector.

Met betrekking tot de advisering over introductie en spreiding van KMT kan hetzij de NRV hetzij de GR een taak toebedeeld krijgen. Bij de bespreking van spreidingscases valt op dat het ministerie de afgelopen jaren steeds advies heeft gevraagd aan de GR. Naar de reden van deze handelwijze kan slechts worden gegist. Een verklaring zou kunnen zijn dat de taak die de GR krachtens de Gezondheidswet heeft toebedeeld gekregen beter aansluit bij de aard van advisering die in het kader van artikel 18 procedure wordt gewenst. Immers, zoals in een volgende subparagraaf nader wordt uitgewerkt, heeft de GR tot taak de ontwikkelingen in de wetenschap bij te houden.

Een andere verklaring kan zijn dat de NRV zich niet voldoende in die zin heeft geprofileerd, terwijl deze op grond van zijn takenpakket daar wel de mogelijkheden toe had⁷⁹.

PRV

De PRV vallen onder provinciale staten en zijn net als de NRV samengesteld uit vertegenwoordigers van de publieke en particuliere sector.

De PRV⁸⁰ hebben een adviserende stem bij het opstellen van de provinciale ziekenhuisbeleidsplannen en kunnen op die manier invloed uitoefenen op de acquisitie van KMT binnen een provincie. Deze invloed is echter betrekkelijk, omdat de planning krachtens artikel 18 WZV een sterk centraal karakter heeft⁸¹. In een aantal provincies hebben de PRV hun adviserende taak min of meer overgedragen aan het provinciale ondersteuningsapparaat.

GR

De taak van de GR zoals deze in de wet omschreven wordt, luidt (ingekort/samengevat):

"De minister van advies dienen met betrekking tot de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid."

De GR bestaat uit door de Kroon op grond van hun wetenschappelijke deskundigheid benoemde personen. De GR richt zich vooral op twee thema's:

- Nut en veiligheid van nieuwe ontwikkelingen binnen de geneeskunde.
- Feitelijk gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

De positie van de GR is de laatste jaren steeds sterker geworden. Met name doordat de GR in de meeste gevallen door de overheid in het kader van advisering rond KMT is gevraagd zijn oordeel te geven. Er is enige kritiek op het functioneren van de GR die zich met name richt op het gedateerd zijn van informatie. Tevens blijkt ook dat het ministerie soms verrast wordt door de stand van de ontwikkeling van de KMT.

Mede naar aanleiding hiervan heeft het ministerie erop aangedrongen dat de GR meer aandacht gaat besteden aan zijn signalerende taken. De GR stelt de laatste jaren een jaaradvies op waarin hij aangeeft welke ontwikkelingen hij in de komende tijd voorziet en op welke wijze deze dienen te worden opgepakt.

Voor het functioneren van de GR is het belangrijk objectief te kunnen opereren. Het veld beschouwt deelname aan een commissie van de GR als een eer, maar tevens als een mogelijkheid een advies te beïnvloeden. Uit de analyse van het veldonderzoek blijkt dat met name academische specialisten dit laatste aspect belangrijk vinden. De voorzitter van de GR daarentegen, tracht in elke commissie een zodanige samenstelling te bewerkstelligen dat zowel voor- als tegenstanders vertegenwoordigd zijn⁸².

Staatstoezicht

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid heeft een omvangrijk takenpakket.

Dit takenpakket wordt op grond van artikel 38 (GzW) uitgevoerd door inspecties. Op centraal niveau door de hoofdinspectie op decentraal niveau door tien regionale inspecties. De hoofdinspectie mag slechts signaleren, maar niet sanctioneren. Derhalve wordt het Staatstoezicht door het veld als ambtelijk en minder efficiënt gezien, zoals nog eens is onderstreept in het jaarverslag van de Algemene Rekenkamer (1989)⁸³.

In het kader van de ontwikkelingen rond de plannen-Dekker en -Simons zijn er binnen het ministerie ontwikkelingen op gang gekomen de hoofdinspectie te moderniseren⁸⁴. Daarbij wordt gedacht aan het verlenen van meer bevoegdheden, zodat meer krachtadig kan worden opgetreden.

Ziekenfondswet

In de Ziekenfondswet (ZFW) wordt geregeld hoe het ziekenfondsstelsel moet functioneren. De Ziekenfondswet fungeert als basispolis voor ziekenfondsverzekerden. Krachtens artikel 8, lid 2 hebben ziekenfondsen de mogelijkheid om aan verzekerden een eigen bijdrage te vragen. Deze mogelijkheid wordt echter niet bij KMT benut, omdat dit indruist tegen de cultuur, die is gebaseerd op het collectiviteitsbeginsel. Zowel de ziekenfondsen als de politiek zijn daartegen. Een ander artikel dat in verband met introductie respectievelijk spreiding van KMT interessant is, is artikel 13:

"De ziekenfondsen treffen de nodige maatregelen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven welke hoger dan noodzakelijk zijn....."

Dit artikel zou zeer krachtig kunnen zijn om een betere spreiding van KMT af te dwingen. Immers, een slechte spreiding in de betekenis van "meer KMT dan op medisch-inhoudelijke gronden noodzakelijk" kan leiden tot "uitgaven welke hoger dan noodzakelijk zijn"⁸⁵. De ziekenfondsen hebben dit artikel in verband met regulering van de introductie en spreiding van KMT niet ingezet. In het huidige bestel volgen de ziekenfondsen de ontwikkelingen. De plannen van Dekker en Simons hebben een meer leidende rol voor de ziekenfondsen weggelegd en leggen een zwaarder accent op het regionaal overleg⁸⁶. Om nu zoveel mogelijk te komen tot een uniforme regelgeving over Nederland wordt in de ZFW de Ziekenfondsraad (ZFR) geïntroduceerd.

ZFR

De ZFR is een orgaan, dat is samengesteld vertegenwoordigers uit de publieke en particuliere sector.

Uit artikel 67 ZFW blijkt dat de ZFR een adviesorgaan, uitvoerend en toezichhoudend orgaan is. Zijn advisering richt zich met name op de technisch-financiële aspecten van de Ziekenfondswet.

Onlangs is deze krachtens artikel 67, lid 1c de advisering rond de ontwikkelingsgeneeskunde opgedragen.

Krachtens artikel 56 van ZFW⁸⁷ heeft de ZFR de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde opgericht. Deze commissie is belast met de beoordeling van de jaarlijks ingediende projecten ontwikkelingsgeneeskunde. In deze jaarlijks terugkerende subsidieronde worden subsidies voor 3 jaar toegekend (revolving fund-principe) voor onderzoeksactiviteiten met betrekking tot medische ontwikkelingen, waarvan wordt verwacht dat deze op niet al te lange termijn voor vergoeding door ziekenfondsen in aanmerking kunnen komen. Het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde bevatte voor 1990 12 miljoen gulden (voor drie jaar dus de facto 36 miljoen). Op de ontwikkelingsgeneeskunde kom ik terug bij de behandeling van artikel 18 WZV.

Voor diverse verstrekkingen worden door de ZFR verstrekingsbesluiten voorbereid. In deze besluiten gaat het niet om de prijs die voor een dergelijke verstrekking moet worden betaald, dat is immers een vraag die door toepassing van WTG beantwoord dient te worden.

In een Verstrekkingsbesluit wordt geformuleerd aan welke eisen een bepaalde activiteit moet voldoen wil het als verstrekking worden opgenomen in het ziekenfondspakket. Hierin is immer een passage opgenomen, waarin wordt geëist dat men rekening dient te houden met de behoefte aan en spreiding van de verstrekking⁸⁸. Dit impliceert derhalve in extremo dat indien een verstrekking niet goed in de behoefte voorziet danwel niet op een juiste manier over Nederland is verspreid, het geen verstrekking krachtens het desbetreffende verstrekingsbesluit kan zijn.

Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)

De WTG regelt de tarieven in de gezondheidszorg. De WTG kent een uitvoeringsorgaan in de vorm van het COTG, dat is samengesteld uit vertegenwoordigers vanuit de publieke en particuliere sector.

Het COTG is onafhankelijk. De leden opereren zonder last of ruggespraak en mogen geen direct belang hebben bij de uitkomsten van de beraadslagingen.

Voor de spreiding van KMT is artikel 17 WTG van belang. Het artikel houdt in dat de kosten van aanschaf en exploitatie pas in een tarief mogen worden opgenomen na toestemming van het COTG. Dit houdt dus in dat men zonder deze toestemming de desbetreffende voorziening niet kan exploiteren.

Dit artikel gaat derhalve vooraf aan de procedure van goedkeuren c.q. vaststellen van een tarief. Het COTG past dit artikel soms toe om het aanschafbeleid van KMT in ziekenhuizen te reguleren. Dit artikel heeft een rol gespeeld bij de verspreiding van de MRI⁸⁹.

In het rapport Fortuyn wordt de onafhankelijkheid van het COTG aan de kaak gesteld. Hij constateert tevens dat de mate van detaillering "te ver is doorgeschoten"

Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV)

De WZV beoogt een doelmatig stelsel van ziekenhuisvoorzieningen en een evenwichtige spreiding van deze voorzieningen over Nederland tot stand te brengen met behulp van planning van de voorzieningen en regulering van de bouw. Ziekenhuizen dienen hiertoe plannen op te stellen, waarin zij aangeven welke activiteiten zij ontplooiën en welke verwachtingen zij koesteren ten aanzien van de toekomst.

Zij kunnen daarin tevens aangeven welke zogenoemde bijzondere voorzieningen zij in de toekomst binnen hun muren willen hebben. Deze bijzondere voorzieningen worden echter niet gepland via de plannen, maar via aparte regelgeving: artikel 18 WZV.

De door de provincies ontwikkelde plannen worden door de minister voor advies voorgelegd aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ). Bij een positief advies keurt de minister de plannen goed. Kortom, een vrij lange cyclus die de afgelopen jaren steeds meer als knellend wordt ervaren.

CvZ

Het CvZ is het adviesorgaan krachtens de WZV⁹⁰ dat als taak heeft de minister van WVC op zijn verzoek dan wel ongevraagd van advies te dienen met betrekking tot de uitvoering van de WZV en over andere zaken, die de doelmatigheid van de gezondheidszorg betreffen. Hij beoordeelt niet alleen de provinciale ziekenhuisplannen, maar bereidt eveneens de richtlijnen ex artikel 3 voor.

Daarnaast speelt het CvZ een belangrijke rol in de adviesprocedures ex artikel 18. Het CvZ is evenals de meeste andere adviesorganen samengesteld uit vertegenwoordigers uit de publieke en particuliere sector.

In het rapport-Fortuyn wordt geconstateerd dat het CvZ evenals het COTG niet meer past in deze tijd. De activiteiten van de beide colleges worden door het veld bestempeld als "betuttelend" en - zo redeneert Fortuyn - als er meer marktwerking wordt bedongen, dan dient het takenpakket van deze organen te worden beperkt tot controle en planning.

Uit mijn veldonderzoek blijkt echter, dat men te spreken was over de activiteiten van het CvZ en dat men het zelfs een goed toegankelijk college oordeelde met een sterk adviserend karakter richting het veld (ingenieursfunctie). Op deze "ingenieursfunctie" doen met name kleine ziekenhuizen een beroep.

Artikel 18 WZV en Ontwikkelingsgeneeskunde

De begrippen "artikel 18" en "ontwikkelingsgeneeskunde" zijn reeds een aantal keren gevallen en spelen bij het opstellen van een spreidingshulpmiddel een dermate belangrijke rol dat deze in de navolgende subparagrafen uitgebreid aan de orde zullen komen.

Geschiedenis artikel 18 WZV

Bij de parlementaire behandeling van het wetsontwerp WZV werd naar voren gebracht dat een zuivere bouwwet niet voldoende zou zijn om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen en de kwaliteit te bewaken. Er werd gewezen op de soms omvangrijke investeringen in kostbare medische technologie (KMT). Uit kwaliteits- en uit kosten oogpunt verdiende het aanbeveling om de planning van KMT die veelal een bovenregionale reikwijdte had in de wet vast te leggen. Daarenboven werd tevens de mogelijkheid geboden om de produktieomvang en toegankelijkheid van deze KMT te reguleren. Deze overwegingen zijn vervat in artikel 18 WZV⁹¹.

Artikel 18, lid 5 wordt sinds enige jaren niet meer actief gehanteerd, omdat de academische ziekenhuizen informeel reeds onder de werkingsfeer van de WZV zijn gebracht, waardoor er meer mogelijkheden zijn gekomen een integraal spreidingsplan op te stellen. De formele besluitvorming over de te onderscheiden wetsontwerpen heeft echter daarover nog niet plaatsgevonden⁹². Artikel 18 bestaat daarnaast nog uit een artikel 18a en 18b, die beide betrekking hebben op sanering van ziekenhuisvoorzieningen. Deze artikelen blijven hier buiten beschouwing.

Gebruik van artikel 18

Artikel 18 wordt gekenschetst als een zwaar instrument, omdat het aanwijzen van een voorziening als artikel 18 voorziening geschiedt door middel van een AMvB. De verdere invulling wordt geregeld door middel van de procedure van het ministerieel besluit. Het opstellen van een AMvB is een omslachtige en tijdrovende zaak.

Voor welke soort topklinische voorzieningen was het artikel 18 regime in oorsprong bedoeld? Om deze vraag te beantwoorden wordt verwezen naar de parlementaire behandeling. In artikel 18, lid 1 wordt gesproken van gewichtige redenen. Hiervoor zijn destijds bij de behandeling in de Kamer genoemd: schaarse deskundigheid, zeldzaamheid, grootschaligheid en kostbaarheid van de voorzieningen. Daarbij werd verondersteld dat artikel 18 voorzieningen de volgende kenmerken zouden hebben (CvZ, 1987,572):

- Een reeds uitgekristalliseerde of goed voorzienbare ontwikkeling zowel in (medisch-) technische zin als in omvang:

Het uitgangspunt was dat de ontwikkeling het researchstadium zou moeten zijn gepasseerd.

- Het in hoofdzaak ontbreken van mogelijkheden tot substitutie door andere vormen van zorg.
- Kostbaarheid en/of schaarste.

Indien het hiervoor staande beeld wordt getoetst aan de praktijk, vallen een aantal frappante verschillen op:

- Artikel 18 is ook toegepast op nieuwe vormen van diagnose en therapie, die nog niet uitgekristalliseerd waren⁹³.
- Veelal was de ontwikkelingsgang van de nieuwe vorm nog onduidelijk en met name het punt waarop deze algemeen geaccepteerd zou zijn⁹⁴:

Bij het opstellen van artikel 18 is weinig rekening gehouden met de levenscyclus van een nieuwe technologie⁹⁵.

Bij het opstellen van artikel 18 is geen rekening gehouden met een flexibele toepassing ervan, waardoor het snel inspelen op verandering minder goed mogelijk is ("eens 18 altijd 18").

- Substitutiemogelijkheden waren veelal voorhanden:

Werkelijke substitutie vindt echter slechts in zeer beperkte mate plaats. Meestal wordt lange tijd de te substitueren technologie naast de nieuwe technologie gebruikt.

Tevens kan worden geconstateerd dat artikel 18 door de overheid steeds meer als een mogelijkheid tot bezuinigen werd gezien, omdat de in het FOGM gereserveerde gelden na 1984 niet meer voor artikel 18 zijn geoormerkt.

In 1987 wordt het bedrag dat bestemd is voor nieuwe functies in algemene en categoriale ziekenhuizen zelfs gehalveerd. Hierdoor kunnen de kosten voor vervanging c.q. uitbreiding niet meer worden vergoed. Er wordt vanuit gegaan dat ziekenhuizen de middelen zelf door reallocatie moeten vrijmaken. De budgettering is immers ingevoerd. De afstemming met de overige onderdelen van de WZV, WTG en ZFW heeft in het algemeen niet plaatsgevonden. Artikel 18 reguleert slechts de capaciteit en de spreiding van topklinische functies. De vaststelling van tarieven, opname in het budget en het typeren als een verstrekking valt niet onder de werking van artikel 18 WZV, maar is voor het functioneren ervan van belang.

In 1987 heeft het CvZ zijn bezorgdheid⁹⁶ geuit omtrent het functioneren van artikel 18 en dit aan de minister meegedeeld. Hierop stelt de minister een ambtelijk werkgroep in die een notitie schrift getiteld "Beleidsvoering Artikel 18" (1987,476). In dit rapport wordt het volgende geconstateerd:

- Artikel 18 is statisch van karakter.
- Met artikel 18 wordt extrabudgettair geld het ziekenhuis binnengebracht, waardoor het een interessante financieringsstroom wordt. Het aan een artikel 18 functie gekoppelde budget is ruim⁹⁷.
- Artikel 18 heeft "bestaansrecht ten aanzien van functies die gevoelig zijn voor kwaliteitsbescherming en maatschappij-ethische normatiek". Het kan tevens worden gebruikt om bepaalde functies juist te stimuleren.

- De functies die eenmaal onder het artikel 18 regime vallen, worden niet periodiek beoordeeld op de noodzakelijkheid om nog onder artikel 18 te vallen.
- Het merendeel der planningbesluiten is nog niet door de minister vastgesteld.

Er wordt voorgesteld om:

- De koppeling tussen artikel 18 en financiering van de KMT los te laten.
- Twee criteria voor in- respectievelijk uittreding te hanteren: artikel 18 richt zich op de "bescherming" van functies waarvoor anders een te grote kans zou ontstaan dat de uitvoering ervan:

niet met voldoende kwaliteitsgaranties zou zijn omgeven⁹⁸.
in onvoldoende mate of zelfs niet plaatsvindt.

- Periodieke herijking (jaarlijks) is in dit geval dus ten zeerste aangewezen⁹⁹.

Tot slot wordt in dit rapport aangegeven welke functies wel onder het regime kunnen blijven en welke niet, alsmede welke er op korte termijn nog kunnen toetreden.

Het rapport werd voor commentaar voorgelegd aan de NZR, GR en CvZ (1988,473,474,475). Uit deze commentaren blijkt dat men zich kon vinden in de conclusies uit het rapport. Het advies van CvZ besteedt aandacht aan de levenscyclus van medische technologie.

Het dan vigerende artikel 18 wordt slechts toegepast wanneer de technologie zich in het stadium van de invoeging in de gebruikelijke geneeskunde bevindt. Deze methode van toepassing van het artikel wordt in brede kring als te laat gekenschetst. CvZ is van mening dat ingrijpen via artikel 18 gewenst is voor een technologie:

- die zich in het stadium van de eerste klinische toepassing bevindt en binnen afzienbare tijd "klaar" zal zijn voor toepassing in de gebruikelijke geneeskunde en waarvan dus een verdere verspreiding verwacht mag worden

- die geacht wordt deel uit te maken van het verstrekkingenpakket ex ZFW/AWBZ danwel expliciet is ondergebracht
- waar de vuistregels voor artikel 18 naar verwachting op van toepassing zullen zijn."

De genoemde vuistregels zijn door CvZ ontwikkeld om aanvragen ex artikel 18 te kunnen toetsen. Deze vuistregels zijn met onder andere de volgende trefwoorden aan te geven: zeldzaamheid, kostbaarheid, deskundigheid, grootschaligheid, beschikbaarheid. Nu heeft de eerdergenoemde ambtelijke werkgroep voorgesteld twee criteria te hanteren: kwaliteit en stimulering.

Het criterium kwaliteit wordt daarbij opgesplitst in drie subcriteria:

- noodzakelijke concentratie van de specialistische deskundigheid
- eisen te stellen aan de infrastructuur van het ziekenhuis, alsmede de omvang van het verzorgingsgebied
- maatschappelijk-ethische overwegingen die leiden tot een beperking van de functie-uitoefening.

CvZ concludeert dan ook dat de door de werkgroep voorgestelde criteria weinig meerwaarde hebben ten opzichte van de huidige vuistregels.

Ik bestrijd dat, omdat de kwaliteitssubcriteria specifiek aandacht besteden aan de infrastructuur van een ziekenhuis. Deze structuur is in hoge mate verantwoordelijk voor een goede inbedding van de KMT in het desbetreffende ziekenhuis.

In februari 1988 besluit¹⁰⁰ de minister daarop de computertomografie en de nucleaire geneeskunde niet meer onder het regime van artikel 18 te houden. Tevens schrapt hij de vergunningvereiste voor vervanging van artikel 18 apparatuur.

Wetsvoorstel wijziging WZV en WWO

In oktober 1988 wordt een voorstel tot wijziging van de WZV en de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs (WWO) aan de Tweede Kamer aangeboden¹⁰¹. In dit voorstel wordt artikel 18 ingrijpend gewijzigd.

Dit wetsontwerp heeft de volgende verschillen in vergelijking met het bestaande artikel 18:

- De toepassing van artikel 18 krijgt een tijdelijk karakter door de vergunningplicht te laten eindigen na ten hoogste 4 jaar.
- Een vergunning ex artikel 18 wordt bij ministerieel besluit afgegeven¹⁰².
- De regeling vervalt na 4 jaar tenzij deze in die tijd door middel van een AMvB is omgezet in een regeling voor onbepaalde tijd. Er wordt aangetekend dat deze stap slechts in uitzonderingsgevallen dient te worden gezet.
- De academische ziekenhuizen worden onder de werkingssfeer van de WZV gebracht¹⁰³.

Tevens wordt in de toelichting het volgende aangegeven:

- Het huidige pakket aan vergunningen ex artikel 18 dient te worden heroverwogen.
- De procedure rond toepassing van artikel 18 dient te worden vereenvoudigd.
- In het FOZ dient expliciet te worden aangegeven welke financiële ruimte er beschikbaar is voor planning en intensivering van de topklinische¹⁰⁴ zorg.

Het belangrijkste doel van de wetswijziging is dat de toepassing van artikel 18 sneller en meer flexibel kan zijn, waardoor beter kan worden ingespeeld op de snelle medisch-technologische ontwikkelingen¹⁰⁵.

In dit wetsontwerp wordt artikel 18c geïntroduceerd, waarin de ontwikkelingsgeneeskunde (OG) wordt geregeld¹⁰⁶. OG is slechts voor een deel een instrument voor het overheidsbeleid. Het faciliteert slechts het verrichten van onder andere onderzoek met nieuwe ontwikkelingen in de ziekenhuisomgeving.

Om dit mogelijk te maken, willen O&W en WVC een beleidscyclus opzetten die is ingedeeld in de volgende fases:

- De vroege signalering van medisch-technologische ontwikkelingen:

Coördinatie wordt bij de GR gelegd. Inventarisatie van binnen- en buitenlandse ontwikkelingen.

Deze signaleringen zullen in de vorm van een jaaradvies worden uitgebracht aan de ministeries.

- De advisering op hoofdlijnen van medisch-wetenschappelijk onderzoek en gezondheidszorgbeleid:

Deze taak zal worden opgedragen aan de Raad voor het Gezondheidsonderzoek in samenwerking met de GR¹⁰⁷.

- Het opstellen van een beleidsplan OG:

Op basis van de informatie uit de twee voorafgaande fases zullen O&W en WVC een tweejaarlijks beleidsplan OG opstellen. Dit beleidsplan vormt het kader voor aanvragen voor OG¹⁰⁸.

- Toetsing van de aanvragen:

Deze toetsing zal worden gedelegeerd aan de eerdergenoemde commissie OG van de ZFR.

- Evaluatie van de besluitvorming inzake OG:

Na afloop van de onderzoeken zal uiteindelijk expliciete besluitvorming moeten plaatsvinden over opname in danwel schrappen uit het verstrekkingenpakket en het nemen van eventuele aanvullende maatregelen (artikel 18).

Deze cyclus draait in feite reeds informeel vanaf 1986, en over het algemeen is het veld enthousiast. In 1990 zijn de eerste onderzoeken afgerond en nu kan de eerste evaluatie van besluitvorming plaatsvinden. Bij de behandeling van artikel 18 van het wetsontwerp¹⁰⁹ is met name aandacht besteed aan de OG. Hierbij kwam een aantal zaken naar voren dat van belang is voor dit onderzoek, en met name voor het opstellen van een spreidingshulpmiddel. Zo werd de afbakening van fundamenteel en experimenteel onderzoek gepresenteerd, waarbij werd gesteld dat OG zich richt op "een wetenschappelijke evaluatie bij grotere patiëntenpopulaties van nieuwe en bestaande methoden en technieken binnen de patiëntenzorg, gericht op het nemen van een besluit, bijvoorbeeld het opnemen in het verstrekkingenpakket"¹¹⁰.

Tevens werd duidelijk dat de commissie OG van de ZFR voor de wetenschappelijke toetsing NWO¹¹¹ inschakelt. Bij de toetsing van de wetenschappelijke kwaliteit worden de volgende globaal omschreven toetsingscriteria gehanteerd:

- Het te verwachten effect van de diagnostische of therapeutische mogelijkheid, in termen van "gezondheidswinst".
- Aspecten van financieel-economische aard: afweging kosten en baten.
- Ethisch-juridische en maatschappelijke aspecten: consequenties ten aanzien van individuele patiënten en effecten van maatschappelijk belang.

Aan NWO is daarenboven nog specifiek gevraagd de aanvragen aan de hand van de volgende ijkpunten te toetsen:

- Wetenschappelijke kwaliteit: relevantie, onderzoeksmethodiek, mankracht, tijdplanning, doublures.
- Kwaliteit van de evaluatie.
- Deskundigheid van de onderzoekers: expertise en samenwerking¹¹².

Nu lijkt het alsof de gehele procedure vrij tijdrovend is. Echter op basis van de tot nu toe opgedane ervaring kan worden geconstateerd dat een doorlooptijd van 6 - 8 maanden reëel is.

Advies van het CvZ over het wetsontwerp

Het CvZ heeft een advies gegeven op het wetsontwerp (1988,571) waarbij deze tot de volgende conclusies komt:

- Onveranderd is gebleven dat men vooraf moet aangeven:
 - welke gewichtige redenen er zijn voor de aanwijzing van de voorziening
 - wat de omvang van de behoefte van de voorziening is
 - hoe in de behoefte kan worden voorzien¹¹³.

- De afgrenzing van ontwikkelingsgeneeskunde is onduidelijk. In de toelichting wordt geschreven dat het "wenselijk wordt geacht om in uitzonderingsgevallen ook zaken die zich nog in het stadium van ontwikkeling of experiment bevinden, maar waarvoor een aantal consequenties reeds voorzienbaar zijn, te kunnen beheersen". Ik ben juist van mening dat het door deze passage juist mogelijk wordt KMT onder artikel 18 te plaatsen gedurende de periode dat deze door middel van OG wordt onderzocht. Hierdoor kan voorkomen worden dat verspreiding optreedt, voordat het evaluatieonderzoek is voltooid. Ik gebruik dit element bij het opstellen van het model.

In het eerste gedachtenstreepje wijst het CvZ op het feit dat de planning-besluitencyclus wordt gehandhaafd. Deze planningbesluiten zijn echter tijdrovend en vaak al achterhaald op het moment dat zij worden vastgesteld. Bij de opstelling van het model (hoofdstuk 5) heb ik getracht enerzijds de letter van de wet te volgen, maar anderzijds het bezwaar van traagheid en snelle veroudering te ondervangen.

Het CvZ wijst in dat verband naar zijn eerder uitgebrachte advies (1987,572) wat besproken is onder het rapport "Beleidvoering artikel 18". Het wetsvoorstel is nu aangeboden aan de Eerste Kamer ter goedkeuring¹¹⁴.

Wijziging besluit bijzondere functies WZV

Parallel aan de behandeling van het wetsvoorstel heeft de minister besloten het Besluit bijzondere functies WZV (1983) te vervangen. Hiertoe heeft hij een concept-besluit opgesteld dat ter advisering (aan GR, CvZ en Raad van State) is voorgelegd in juni 1989¹¹⁵.

In deze concept-AMvB zijn de resultaten van de voorafgaande discussies verwerkt¹¹⁶.

Deze concept AMvB is echter door de val van het kabinet niet verder in behandeling genomen. Staatssecretaris Simons heeft vier experts op het gebied van topklinische zorg een onderzoek laten verrichten naar topklinische zorg in de jaren '91 - '94 (1990,590)¹¹⁷.

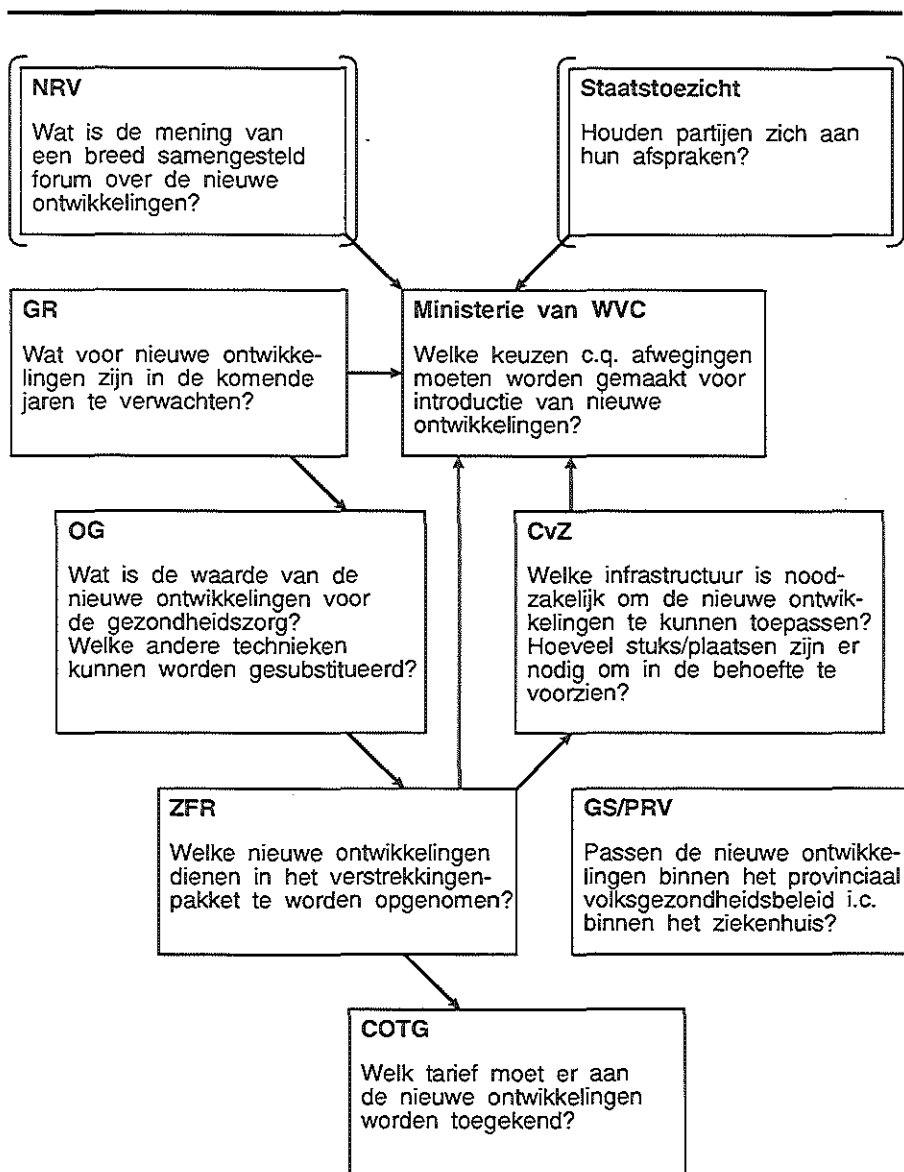
De commissie heeft de bestaande en de te verwachten artikel 18 functies aan de hand van negen aandachtspunten getoetst:

1. Is het een artikel 18-functie¹¹⁸.
2. Onvermijdbare procedurele afspraken.
3. Huidig overheidsbeleid.
4. Kosteneffectiviteit¹¹⁹.
5. Gepast gebruik¹²⁰.
6. Volume van de geïndiceerde zorgvraag.
7. Schaarste en wachtlijsten.
8. Toekomstige ontwikkelingen.
9. Internationale aspecten.

De werkgroep signaleert "een tendens om bij nieuwe ontwikkelingen scherper aan te geven bij welke patiëntencategorieën en onder welke omstandigheden en zonodig waar in Nederland een voorheen klinisch experimentele behandeling voortaan als ontwikkelingsgeneeskundige danwel standaardbehandeling al of niet in het kader van artikel 18 kan worden toegepast." Er wordt derhalve een beter onderscheid gemaakt tussen "needs" en "demands"¹²¹. Op deze tendens wordt voortgebouwd bij de opzet van een spreidingshulpmiddel. Tevens wijst de commissie erop dat voor artikel 18 meestal een interdisciplinaire infrastructuur noodzakelijk is, alsmede een goede training in de hantering van de nieuwe apparatuur of verrichting. Slechts dan kan de artikel 18 functie optimaal worden benut. Het voert in dit verband te ver om in te gaan op de door de commissie gemaakte keuzen.

Mede op basis van dit rapport heeft de staatssecretaris een nieuw AMvB opgesteld, waarin uiteengezet wordt welke functies onder artikel 18 zullen blijven, welke zullen uittreden en welke zullen intreden. Dit concept AMvB is voor advies naar de Raad van State gestuurd¹²².

Voordat de verzamelde gegevens worden getoetst aan het ordeningskader, worden de besproken adviesorganen in onderstaand schema in hun onderlinge relaties gepresenteerd. Hierin worden de belangrijkste vragen weergegeven, waarmee zij zich met betrekking tot KMT bezighouden. Er zijn accolades geplaatst voor die instituties die in de praktijk slechts aan de zijlijn staan bij de spreiding van KMT.



Figuur 10: Actorenoverzicht met hun belangrijkste functie in het kader van spreiding en introductie van KMT.

Orderingskader

De analyse van de regelgeving zal nu worden getoetst aan het orderingskader:

Rationele Besluitvormingsmodellen

De hier behandelde gezondheidszorgwetgeving heeft weinig rationele besluitvormingselementen. De wetteksten zijn dermate ruim geformuleerd, dat in de praktijk een rationele hantering nauwelijks mogelijk is. De voorgestelde wijzigingen rond artikel 18 en met name de werkzaamheden van de commissie Topklinische zorg '91 - '94 geven aanwijzingen voor toepassing van meer rationele besluitvormingsmodellen. Het werken met criteria waaraan een bepaalde functie moet voldoen, is daarvan een voorbeeld. Met nadruk wijs ik erop dat het hier slechts elementen betreft.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Bij het opstellen van wetgeving wordt veelal gebruikgemaakt van het satisficing-search-model. Er wordt gezocht naar een oplossing die voor dat moment het beste uitkomt. Zo ook bij artikel 18. Het was te star dus de nieuwe wetgeving dient vooral dat element te ondervangen. Een fundamentele discussie over het gebruik en eventuele alternatieven voor de regulering van KMT is niet geschied. Op grond hiervan kan tevens worden gesteld dat de besluitvorming elementen bevat van het muddling-through-model.

Medical Technology Assessment

Met de opkomst van de ontwikkelingsgeneeskunde is eveneens de aandacht voor MTA-onderzoek toegenomen. Dit is in artikel 18c duidelijk naar voren gekomen. Alhoewel men in eerste instantie nog wat onwennig tegenover de toepassing van MTA in OG-onderzoek, stond heeft het zich nu een vaste plaats verworven in de aanvragen voor OG. In 1990 zijn de verrichte MTA-onderzoeken geëvalueerd, waarbij hiervoor genoemde uitspraak werd bevestigd (1990,594). Rutten heeft in dat verband gepleit voor de oprichting van "MTA-units" in grote ziekenhuizen¹²³.

Deze units kunnen clinici niet alleen over de economische effecten van dienst zijn, maar eveneens over allerhande methodologische vraagstukken. In dergelijke units dient methodologische, economische, statistische en psychologische¹²⁴ kennis en kunde geconcentreerd te zijn. Het iMTA dient dan als universitair knowledge centre te opereren en deze units te ondersteunen.

Planningstrategieën

De overheid wilde de normatieve planningstrategie van artikel 18 ombuigen tot een gecombineerde normatieve/allocatieve planning. Echter hiertegen is met name door CvZ geprotesteerd. De planningstrategie die nu wordt gehanteerd, blijft het best te categoriseren als een normatieve planning. De door velen bepleite koppeling c.q. afstemming van ZFW, WZV en WTG op elkaar kan er wellicht toe bijdragen dat de normatieve en allocatieve planning beter op elkaar aansluiten. Het probleem rond de allocatie van middelen ten behoeve van topzorg blijft maar wordt frequent gebagatelliseerd. Het CvZ wijst daar echter bij voortduring op. Met eenvoudige rekensommen kan worden aangetoond dat in de komende jaren meer geld nodig is om het hoge tempo van de ontwikkelingen bij te houden. De regering reserveert echter steeds minder.

Sturingsfactoren voor planning

Alle drie sturingsfactoren spelen een rol bij de planning van KMT. Voorheen was het meer een inhoudelijk/politieke sturing, echter, in de wetswijziging zijn duidelijk maatschappelijke sturingsfactoren gaan meetellen. Een overweging daarbij zou kunnen zijn dat men door het maatschappelijke veld erbij te betrekken dit veld aan de beslissingen wil committeren.

Beïnvloedingssystemen

De professionele bureaucratie heeft haar invloed laten gelden via de diverse contacten die zij heeft. De roep om vereenvoudiging komt met name uit die hoek. Er is veel kritiek geuit op de traagheid van procedures. Er is eveneens gewezen op de dreigende achterstand van Nederland ten opzichte van de rest van Europa bij de introductie en spreiding van KMT. Er is daarbij door de medici gebruikgemaakt van het expertisesysteem.

Hierbij hebben de medici de steun gekregen van de ziekenhuisdirecties, omdat deze directies er om redenen van budgetaanpassing¹²⁵, imago-verbetering en concurrentieoverwegingen in dit geval veel baat bij hadden om een pact te vormen met de medici. Dit is een voorbeeld van toepassing van het alliancesysteem tussen MB en PB.

Er is weinig gebruikgemaakt van pressure campaigns. De artikel 18 functie hartchirurgie heeft veel in de belangstelling gestaan in verband met de groeiende wachtlijsten en vanuit de patiënten en specialisten is een pressure campaign gevoerd om het aantal open-hartoperaties uit te mogen breiden. Deze pressure campaign (eind 1989) is de start geweest van een fundamenteelere discussie over de wachtlijstproblematiek.

4.5 HET SPREIDINGSBELEID IN ENGELAND, ZWEDEN EN AMERIKA

4.5.1 INLEIDING

Na de bespreking van het Nederlandse spreidingsbeleid wordt nu aandacht besteed aan de aanpak in drie geselecteerde "buitenlanden". De drie geselecteerde landen hebben elk een van Nederland verschillend gezondheidszorgsysteem. Het is echter niet de bedoeling om eventuele causale relaties te bestuderen tussen het gehanteerde gezondheidszorgsysteem en de aanpak van het spreidingsvraagstuk. Wellicht zijn er goed werkende methoden van aanpak waarvan delen kunnen worden gebruikt bij het opstellen van het spreidingshulpmiddel. In paragraaf 4.6 zullen de resultaten van toetsing van de drie literatuurstudies aan het ordeningskader worden weergegeven om de verschillen en overeenkomsten naar voren te halen en om na te gaan of daaruit elementen zijn te selecteren die kunnen worden gebruikt bij het opstellen van het concept-spreidingshulpmiddel. Juist deze landen zijn geselecteerd, omdat de systemen van deze landen frequent zijn betrokken in de discussies rond de stelselherziening in Nederland. Een tweede argument is dat er geen landen zijn met stelsels die op een adequate wijze met het Nederlandse stelsel zijn te vergelijken.

De drie landen worden op een uniforme manier besproken, waartoe de volgende uniforme indeling is opgesteld:

- Het systeem.
- Planning van spreiding van KMT.
- Ordeningskader.

Achtereenvolgens zullen Engeland, Zweden en de VS op deze manier worden besproken.

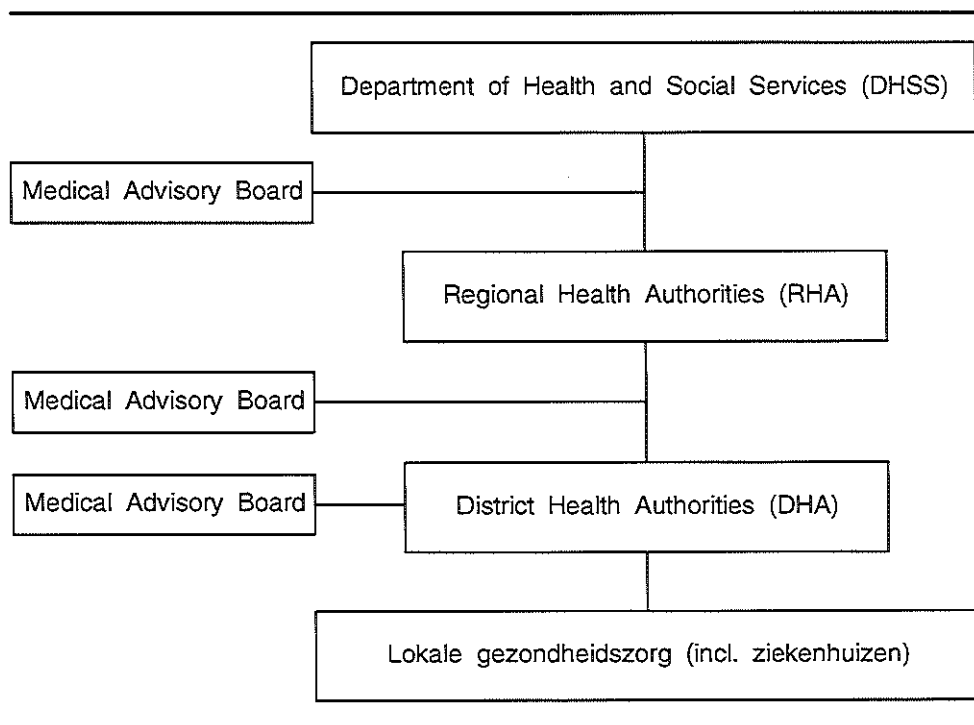
4.5.2 DE ENGELSE AANPAK

Het systeem

In Engeland vigeert een vorm van genationaliseerde gezondheidszorg (Schrijvers, 1980,620; Stocking, 1988,447). Deze is in zijn grondvorm beschreven in de National Health Services (NHS) Act die in 1948 is aangenomen in een poging het gezondheidszorgsysteem van voor de oorlog aanmerkelijk te verbeteren¹²⁶.

Eén van de belangrijkste uitgangspunten van het systeem is dat alle artsen¹²⁷ in dienst zijn van de NHS en dat de zorg voor een ieder toegankelijk is. De structuur van de NHS is in de loop der jaren vereenvoudigd. Aanvankelijk was er namelijk een zeer uitgebreide, getrapte bureaucratische structuur opgezet die onwerkbaar bleek¹²⁸.

De structuur van de vigerende NHS is globaal weergegeven in figuur 11.



Figuur 11: **Schematische (vereenvoudigde) weergave van de NHS.**

De DHSS bepaalt de algemene beleidslijnen en het nationale gezondheidszorgbudget. Een groot gedeelte van de beleidsuitvoering is gedelegeerd naar de RHA en DHA. Deze twee organen zijn zelf verantwoordelijk voor de verdeling van het geld in hun regio respectievelijk district. Een RHA respectievelijk DHA is samengesteld uit medici, verpleegkundigen, vakbondsmensen, de lokale overheid en onafhankelijken.

Sinds 1984 wordt het uitvoerend gedeelte van een RHA respectievelijk DHA geleid door een algemeen directeur. In datzelfde jaar is er door de DHSS een NHS supervisory board (voorgezeten door de minister) en een NHS management board¹²⁹ opgericht.

In 1989 verscheen het White Paper voor verdere reorganisatie van de NHS. De structuur blijft overeind. Echter, de samenstelling van de diverse autoriteiten wordt aangepast. De strategieontwikkeling wordt meer gecentraliseerd.

Hiertoe wordt bij de DHSS een NHS policy board ingesteld dat verantwoordelijk is voor de strategie, uitgangspunten en financiën van de NHS. De verantwoordelijkheid voor vertaling en uitvoering van dat beleid wordt zo dicht mogelijk bij het uitvoeringsniveau van dat beleid gelegd. Dus bij de individuele ziekenhuizen die zodoende het best te kunnen inspelen op de lokale behoeften¹³⁰.

De Engelse gezondheidszorg kent naast de NHS nog een privaat georganiseerde gezondheidszorg bestaande uit profitziekenhuizen. In deze ziekenhuizen werken de medici op declaratiebasis en zijn dus niet in overheidsdienst. Deze commerciële gezondheidszorg beslaat circa 3% van de omvang van de gezondheidszorgvoorzieningen en bestaat voornamelijk uit kleine ziekenhuizen met minder dan 120 bedden¹³¹. Tussen de NHS en private gezondheidszorg wordt samengewerkt op het gebied van de aanschaf van medische apparatuur en soms om bij te springen bij het inlopen van NHS-wachtlijsten. Na deze schets kunnen we concluderen dat Engeland een ver doorgevoerde regionalisatie heeft aangebracht in zijn gezondheidszorgbestel.

Planning van spreiding van KMT

Na deze algemene uiteenzetting van het Engelse gezondheidszorgsysteem, wordt nu aandacht besteed aan de aanpak van introductie en spreiding van KMT.

In Engeland bestaat geen aparte wettelijke regelgeving die de aanschaf en het gebruik van KMT reguleert. De DHSS bepaalt wel het beleid op hoofdlijnen en geeft soms adviezen over specifieke KMT via haar Supply Division's Scientific and Technical Branch (SDSTB). Meestal gaat daarbij om KMT met een grote impact op het bestel¹³². Ontwikkelingen worden gesignaleerd in de discussies tussen de Chief Medical Officer (CMO) en de medische professie. Na signalering van een nieuwe ontwikkeling kan de CMO advies vragen aan de Standing Medical Advisory Committee (SMAC). Ieder rapport van SMAC wordt gepubliceerd als zogenoemde Health Circular. Met nadruk wijs ik erop dat het hier slechts een advies betreft aan de RHA respectievelijk DHA.

De DHSS houdt zich bezig met het identificeren van nieuwe ontwikkelingen. Deze "radarfunctie" wordt voornamelijk vervuld door de SDSTB.

De DHSS heeft drie soorten fondsen om nieuwe ontwikkelingen te subsidiëren:

- Research and Development Fund (R&D fund)
(Budget: £ 2,0 miljoen per jaar).
- Equipment Evaluation Fund
(Budget: £ 2,0 miljoen per jaar).
- "Pump priming" Fund (Stimuleringsfonds om de industrie te ondersteunen bij het ontwikkelen van nieuwe technologie)
(Budget: £ 0,5 miljoen per jaar).

De twee eerste fondsen geven subsidies aan onderzoek dat antwoorden tracht te geven op vragen die betrekking hebben op:

- De betrouwbaarheid van de KMT.
- De technische kwaliteit.
- De mechanische en technische veiligheid zowel voor patiënt als medewerker.
- Kosten.

Het valt op dat de klinische waarde van een KMT en het vraagstuk of de KMT wel een aanwinst is voor de gezondheidszorg buiten beschouwing blijven. De DHSS onderkent dat en tracht nu de Medical Research Councils (MRC) te bewegen eveneens onderzoek te entameren bij nieuwe KMT¹³³. Ter ondersteuning van de aankoopactiviteiten van de RHA's respectievelijk DHA's heeft de DHSS in 1980 de Health Service Supply Council opgericht (een soort Consumentenbond).

Deze verrichten vergelijkende onderzoeken naar verschillende medische artikelen waaronder KMT. Op regionaal niveau functioneren de Regional Supplies Organizations.

Iedere RHA ontvangt van de DHSS een investeringsbudget¹³⁴ dat zij dient te verdelen over investeringen in gebouwen en apparatuur. Van het apparatuurbudget is 80% voor vervanging, en slechts 20% voor aanschaf van nieuwe apparatuur. De regio's en districten stellen meerjarenplannen op waar nieuwe aanschaffingen in moeten passen. Dit om zwalkend beleid te voorkomen.

Wanneer een clinicus wil dat zijn ziekenhuis de beschikking krijgt over een KMT dan stelt hij dat aan de orde bij zijn districtsmanager. Deze raadpleegt op zijn beurt de supplies officer. Indien de districtsmanager het verzoek steunt dan wordt het op de prioriteitenlijst van het ziekenhuis gezet. De clinicus lobbyt bij de District of Regional Scientific respectievelijk Medical Council en probeert op die manier hoog te scoren op het moment dat de prioriteitenlijsten van de ziekenhuizen in de regio worden behandeld. Deze prioriteitenlijsten worden getoetst aan de eerdergenoemde plannen. Over de aanschaf van KMT wordt meestal op regionaal niveau besloten, omdat door de hoge kosten de regio het district financieel moet bijspringen. Slechts bij uitzondering wordt een landelijk verdeelmodel opgesteld en uitgevoerd (bijvoorbeeld beenmerg-transplantaties).

Wegens het beperkte NHS-budget dragen liefdadigheidsinstellingen frequent bij aan de investeringskosten van een KMT¹³⁵. Een probleem is dat een eenmaal aangeschafte KMT niet optimaal wordt gebruikt. Er wordt slechts in kantoortijden gebruikgemaakt van de KMT, omdat de overwerkvergoedingen en onregelmatigheidstoelagen bijzonder hoog zijn. De reden daarvoor is dat men er geen extra budget voor krijgt, maar wel extra kosten genereert.

Het budgetsysteem (budget per regio) wordt verantwoordelijk geacht voor de ten opzichte van andere landen trager verlopende verspreiding van KMT. Het probleem bij deze vertaling van het budgetsysteem is dat er een competitie plaatsvindt tussen clinici die een nieuwe KMT willen aanschaffen en andere gezondheidszorgvoorzieningen voor bijvoorbeeld senioren en geestelijk gehandicapten. Het percentage van het BNP dat Engeland besteedt aan gezondheidszorg ligt lager dan in Nederland en bedraagt 6,1% (1989,642).

Supraregionale spreiding wordt in Engeland op rationele wijze benaderd. Als voorbeeld kan de casus van de verspreiding van de voorzieningen voor hemodialyse dienen. Hierover is veel literatuur (Drummond, 1985,232), omdat bij de verdeling van de voorzieningen vooraf een indicatiestelling in gezamenlijk overleg tussen overheid en professie is opgesteld, waar consensus over bestaat. In Engeland is men niet voorbijgegaan aan het keuzevraagstuk. Men heeft de indicatiestelling zodanig gesteld, dat patiënten die het meeste baat hebben bij een behandeling met hemodialyse, die ook kunnen krijgen. Daaraan gekoppeld heeft men geld uitgetrokken om het transplantatieprogramma te stimuleren.

In Engeland staat men op het standpunt dat patiënten door middel van de NHS een basispakket voorzieningen krijgen dat voor iedereen toegankelijk is, en dat dit beleid bij gelijkblijvend budget leidt tot het maken van keuzen ook op het gebied van de toepassing van KMT. Bij de bepaling van de criteria wordt immer nauw samengewerkt tussen overheid en medische staf via de Medical Advisory Boards en beroepsorganisaties. De DHSS stelt voor supraregionale voorzieningen derhalve in goed overleg een maximaal aantal vast en vervolgens wordt de toewijzing daarvan overgelaten aan de RHA's, waarbij uiteraard de door consensus verkregen criteria worden gehanteerd.

Conclusie:

In Engeland kent men geen wettelijk kader voor spreiding van technologie in het algemeen en KMT in het bijzonder. Er is een verregaande decentralisatie doorgevoerd. De medici worden in een zeer vroeg stadium bij de verdelingsproblematiek betrokken, maar er worden slechts in uitzonderingsgevallen landelijke verdeelplannen gemaakt.

Orderingskader

Als we nu de besproken literatuur toetsen aan de relevante onderdelen van het orderingskader, ontstaat het volgende beeld:

Rationele besluitvormingsmodellen

In Engeland wordt voor de supraregionale spreiding een meer rationele benadering gehanteerd. Medici en beleidsmakers verzamelen eerst informatie over de KMT (mogelijkheden, indicatiegebieden, kosten etc.). Vervolgens gaan zij na hoeveel apparaten er aangeschaft kunnen worden om in de behoefte te voorzien. Uiteraard spelen ook hier lobby-activiteiten een rol. Men is kennelijk doordrongen van het feit dat men keuzen dient te maken en kiest dan liever voor een meer rationele aanpak. MTA-onderzoek wordt dan ook ter ondersteuning van dit proces gehanteerd.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Ondanks het feit dat men supraregionale planning van KMT rationeel tracht te benaderen, wordt de feitelijke beslissing waar een KMT zal worden geplaatst, niet rationeel genomen. Hierbij wordt veeleer het satisficing-search-model gehanteerd. Men heeft min of meer vooraf reeds een impliciete keuze gemaakt, en op grond daarvan wordt nagegaan welke elementen in de besluitvorming dienen te worden betrokken.

Medical Technology Assessment

MTA wordt in Engeland in toenemende mate gehanteerd, zoals reeds in het voorgaande is beschreven.

Planningstrategieën

Er wordt bij de spreiding van KMT voornamelijk een gecombineerde normatieve/allocatieve planning gehanteerd. Normatief, omdat men een serie toetsingscriteria opstelt en op basis daarvan het totaal aantal bepaalt. Allocatief, omdat men een vooraf vastgesteld budget verdeelt. Daarnaast is er een lange-termijnstrategische-planning en een korte-termijnvertaling daarvan in een operationele planning, waarin de aanschaf van een KMT door een ziekenhuis moet passen. Er wordt daarbij gebruikgemaakt van een procesevaluatie, omdat niet alleen gekeken wordt naar het effect van de toepassing van een KMT, maar ook naar de relaties daarvan met het gezondheidszorgsysteem.

Sturingsfactoren voor planning

In het Engelse systeem worden met name inhoudelijke aspecten als sturingsfactor gehanteerd. Maatschappelijke en politieke aspecten spelen een ondergeschikte rol (vergelijk de hemodialyse casus)

Beïnvloedingssystemen

De medici hanteren het expertisesysteem, het strategic-candidate- en het alliance-systeem. Door de verregerende decentralisatie kunnen medici effectief hun invloed aanwenden om KMT te verwerven.

4.5.3 DE ZWEEDSE AANPAK

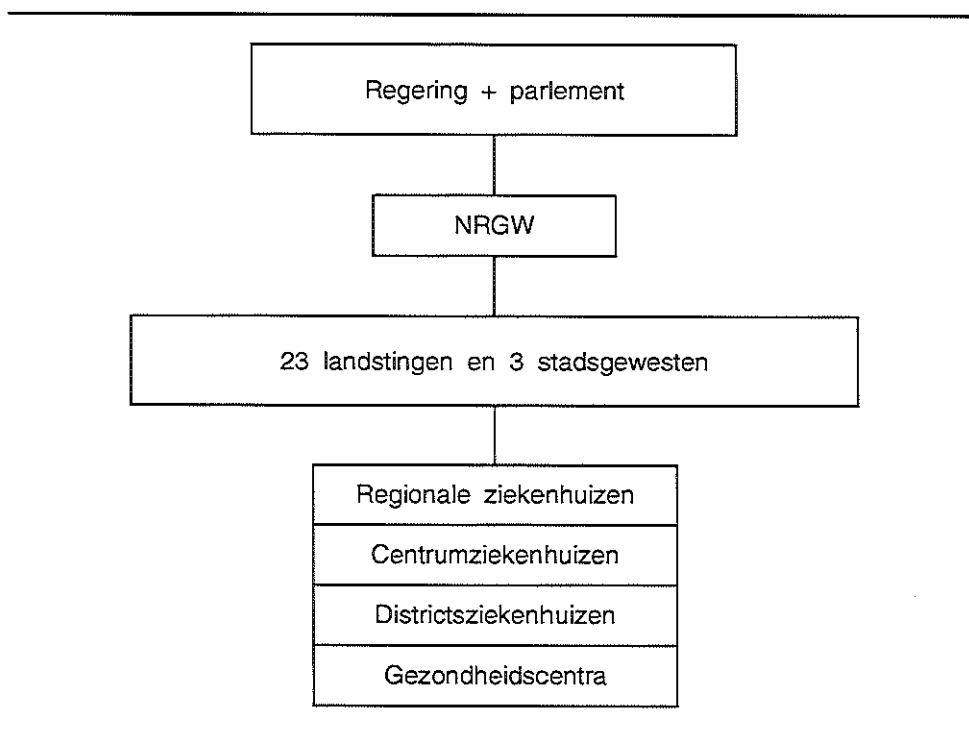
Het systeem

Zweden heeft een sterk gedecentraliseerde bestuursvorm via landstingen met een lange traditie die teruggaat tot 1860¹³⁶. Sinds 1955 is de gezondheidszorg genationaliseerd¹³⁷ en is iedere burger verplicht verzekerd. Daarnaast is een zeer kleine commerciële gezondheidszorg actief, waarin slechts 5% van de medici werkzaam is¹³⁸. De rest van de medici is in loondienst. De structuur van de Zweedse gezondheidszorg kent een scheiding tussen beleidsformulering enerzijds en beleidsuitvoering anderzijds. De eerste is in handen van regering en parlement, de tweede wordt uitgevoerd door de Nationale Raad voor de Gezondheid en het Welzijn (NRGW). In figuur 12 wordt de opbouw van de Zweedse gezondheidszorg schematisch weergegeven.

De taak van de NRGW is onder andere het toezicht op al het personeel werkzaam in de gezondheidszorgsector (inclusief de medici). Zweden spendeert 9,0% (1987) van zijn BNP aan de gezondheidszorg. Dit ligt boven het gemiddelde in Europa (7,3%). Echter het is nog hoger geweest en dankzij succesvolle bezuinigingsoperaties hebben zij het omlaag kunnen brengen. In 1990 blijken de kosten toch weer verder te zijn gestegen en weet men niet zeker of het mogelijk zal zijn het huidige systeem in stand te houden¹³⁹.

Tussen regering/parlement en NRGW bestaat een ambivalente verhouding. De NRGW heeft weliswaar de vrijheid in de uitvoering van het goedgekeurde beleid, maar is voor de financiering weer afhankelijk is van regering/parlement. Onder de NRGW vallen de regiobesturen van de landstingen en stadsgewesten¹⁴⁰.

De landsting is vrij in het kiezen van een organisatiestructuur en de inrichting van haar regio.



Figuur 12: De organisatie van de Zweedse gezondheidszorg.

In Zweden worden allerlei data verzameld met betrekking tot de gezondheidstoestand van de bevolking. Door deze aan elkaar te koppelen en te combineren met steekproeven ter beoordeling van de gezondheidsparemers in de populatie, krijgt men een goed beeld van de ziektebeelden die onder de bevolking voorkomen met hun weerslag op ziekteverzuim¹⁴¹, arbeidsongeschiktheid en ongevallen. Tevens krijgt men een beeld omtrent het morbiditeits- en mortaliteitspatroon binnen de landstingen. Met behulp van deze gedetailleerde informatie kan de landsting een functieplanning opstellen en de functies over de regionale instellingen verdelen.

Het uitgangspunt van de Zweedse gezondheidszorg is: health for all. Men is dan ook meer geïnteresseerd in eenvoudige medische technieken die voor veel patiënten toegankelijk zijn, dan in KMT.

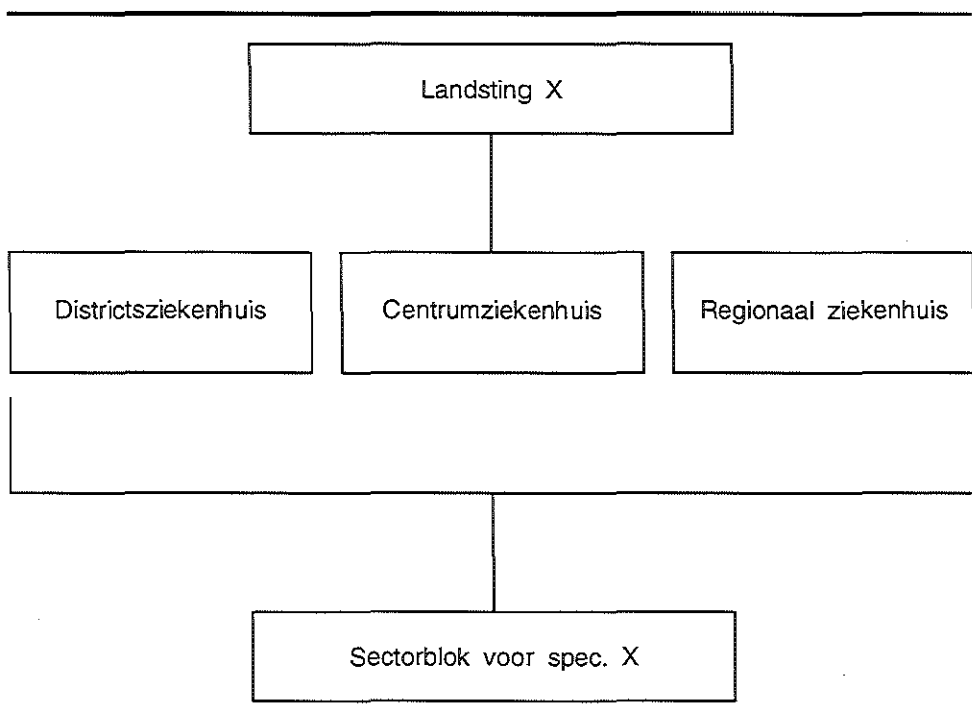
De route die de patiënt met een bepaalde klacht door het gezondheidszorgsysteem kan afleggen is als volgt:

Gezondheidscentrum >> Districtsziekenhuis >> Centrumziekenhuis
>>
Regionaal ziekenhuis

Het gezondheidscentrum is voor de patiënt het eerste contact met het gezondheidszorgsysteem. Het beschikt over een staf van artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers etc. en eenvoudige hulpmiddelen. Het districtsziekenhuis beschikt over vier specialismen¹⁴² met daarnaast een eenvoudig functiepakket. Het is te vergelijken met het basisziekenhuis uit het Nederlandse stratificatiemodel¹⁴³. Het centrumziekenhuis beschikt over 15 - 20 verschillende specialismen gecombineerd met een uitgebreider functiepakket. Het regionale ziekenhuis is het meest geavanceerd. Het beschikt over geavanceerde apparatuur en vele (super)specialismen, het is verbonden aan een universiteit.

De organisatie van de medici wijkt af van de Nederlandse situatie. Visser c.s. (1978,227) hebben de opbouw van deze zogenaamde blokkenstructuur beschreven. In figuur 13 is deze blokkenstructuur weer gegeven.

In elke gezondheidszorgvoorziening in Zweden zijn de specialisten per specialisme in een blok georganiseerd. Vanuit deze blokken wordt de dagelijkse gang van zaken geregeld en wordt gediscussieerd over beleidsvoorstellen van de directie. In een landsting vormen vertegenwoordigingen van al de ziekenhuisblokken van specialisme X een sectorblok voor specialisme X dat als klankbord dient voor de leiding van de landsting. De sectorblokken (voor elk specialisme of groep van specialismen) bepalen gezamenlijk mede het beleid dat in de landsting wordt gevoerd. Een nadeel van dit systeem kan zijn dat de grootste ziekenhuizen de meeste invloed kunnen laten gelden en dat de invloed van de kleinsten wordt beperkt. Nieuwe ontwikkelingen kunnen op die manier direct in een formeel overleg worden ingebracht, hetgeen voordelen zou kunnen hebben bij de planning ervan. In de NRGW zitten eveneens vertegenwoordigers van de medische professie, die in contact staan met de landstingen. Er is een redelijk open communicatie, waardoor de mogelijkheid bestaat snel en adequaat op nieuwe ontwikkelingen in te spelen.



Figuur 13: De blokkenstructuur.

Planning van spreiding van KMT

De planning van KMT is onderbelicht. De introductie van de KMT vindt plaats via de regionale ziekenhuizen, die te vergelijken zijn met academische ziekenhuizen. Zo werd in 1973 de eerste CT geïnstalleerd en in 1990 staan er 90. Veelal om lokaal-politieke redenen geplaatst en zonder een verspreidingsplan. Tot een bedrag van 300.000 SEK mag een landsting namelijk zelf kapitaalsinvesteringen doen. Boven dat bedrag dient zij toestemming te hebben van de NRGW, zodat deze de spreiding van KMT in de beginfase in de hand kan houden. Gelet op het voorgaande is het meest waarschijnlijk, dat de NGRW KMT zal toewijzen aan in eerste instantie de regionale ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen is de juiste infrastructuur aanwezig om de KMT verder te ontwikkelen¹⁴⁴.

Er wordt een evaluatiestudie aan gekoppeld om de effectiviteit van de KMT na te gaan. In deze evaluatiestudies worden eveneens budgettaire consequenties meegenomen. Een dilemma bij de planning doet zich voor als de prijs van de KMT na verloop van tijd zakt onder de 300.000 SEK. Dan krijgt men de situatie dat de verspreiding zich aan het oog van het centrale gezag onttrekt, waardoor efficiënte spreiding in gevaar kan komen. De landsting echter moet binnen vastgestelde budgetgrenzen opereren, zodat men uitsluitend iets door reallocatie van middelen kan aanschaffen. Ondanks decentralisatie van bestuur en beleid, een strakke organisatie in combinatie met de goede registratiesystemen, lijkt men nauwelijks in staat een redelijk effectieve spreiding te realiseren (90 CT's, 6 niersteenvergruizers op een populatie van 8,5 miljoen is aanzienlijk).

Orderingskader

Als we nu de bestudeerde literatuur toetsen aan de relevante onderdelen van het orderingskader krijgen we het volgende beeld:

Rationele besluitvormingsmodellen

In Zweden wordt de verspreiding van KMT nauwelijks gepland. Bij introductie wordt echter wel terstond een evaluatieonderzoek gestart, wat te omschrijven is als een MTA-onderzoek. De verspreiding zelf wordt overgelaten aan de krachten in het veld.

Conclusie: Er wordt bij de evaluatie van KMT wel een rationeel besluitvormingsmodel gehanteerd, maar door de verregaande vorm van decentralisatie is het vervolgens niet duidelijk of er naar de inhoud van deze evaluatieonderzoeken wordt gehandeld.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Op landstingniveau wordt gebruikgemaakt van het carbage-can-model, omdat vele partijen inspraak hebben, zodat afhankelijk van het onderwerp een tactiek zal worden gekozen. Door de invloed van de medici is het mogelijk dat zij de landsting gaan domineren.

Medical Technology Assessment

Dit wordt op grote schaal toegepast op allerlei sectoren van de gezondheidszorg. Door het registratiesysteem heeft men snel de beschikking over onderzoeksmateriaal dat dan geanalyseerd kan worden. Men is geïnteresseerd in dergelijke procesevaluaties, maar nadat de KMT reeds is geplaatst.

Planningstrategieën

Er wordt een allocatieve planning gehanteerd. De landstingen hebben een vast budget dus voor het toelaten van een nieuwe techniek moet worden gerealloceerd.

Sturingsfactoren voor planning

In Zweden spelen met name lokaal-politieke factoren een rol bij de planning. De inhoudelijke factoren zijn daaraan ondergeschikt. Men zou verwachten dat maatschappelijke factoren een rol spelen, echter door de wijze van organisatie van de lokale gezondheidszorg worden deze geïncorporeerd in de lokaal-politieke.

Beïnvloedingssystemen

De medici kunnen in de landstingen hun expertise, alliance en strategic-candidate-systemen toepassen om KMT voor hun ziekenhuis binnen te halen. Door het gebrek aan centrale planning is er dus volop ruimte voor onderhandeling.

4.5.4 DE AMERIKAANSE AANPAK

Het systeem

De Amerikaanse gezondheidszorg kan het best worden getypeerd als een gemengde gezondheidszorg. Een deel wordt door de federale overheid gefinancierd, een ander deel door de private sector¹⁴⁵.

Circa 58% van de Amerikaanse artsen werkt in een profitziekenhuis en de overgebleven 42% werkt in de non-profit- en staatsziekenhuizen. De kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg vertonen een bijna autonome stijging. In 1970 werd 7.4% van het BNP aan gezondheidszorg uitgegeven maar in 1988 was dit al gestegen tot 11.5% (Metz, 1989,244)¹⁴⁶. Er wordt verwacht dat in 2000 15% van het BNP zal worden besteed aan gezondheidszorg. Ondanks deze enorme kosten zijn nog steeds ongeveer 37 miljoen Amerikanen onverzekerd¹⁴⁷. Wanneer de kwaliteit van de Amerikaanse gezondheidszorg wordt afgemeten aan de mortaliteitscijfers dan blijkt de VS het hoogste mortaliteitscijfer te kennen ten opzichte van 32 geïndustrialiseerde landen. Ginzberg (1988,122) concludeert dat de kostenstijging, het hoge percentage onverzekerden en de ondanks alles tegenvallende overall kwaliteit te wijten is aan de in de VS gehanteerde vorm van vrije markteconomie.

Uiteraard probeert met name de federale overheid de kostenstijging te beteugelen. Hiertoe heeft zij in 1982 bepaald dat het federaal georganiseerde Medicare¹⁴⁸-programma niet meer op basis van verrichting de medische kosten vergoedt, maar op basis van Diagnostic Related Groups (DRG)¹⁴⁹. Dit systeem wordt "prospective payment" genoemd. De DRG's worden alleen toegepast voor de klinische zorg en heeft alleen betrekking op de exploitatiekosten. Het gevolg van de invoering van de DRG-systematiek is dan ook dat steeds meer activiteiten poliklinisch worden ondernomen.

Een dergelijke verandering werd eveneens doorgevoerd bij het federaal gecontroleerde maar nationaal uitgevoerde Medicaid¹⁵⁰-programma. Hier werden stimuli ingebouwd om kosten te drukken.

Parallel aan de veranderingen in Medicare en Medicaid werd het oprichten van Health Maintenance Organizations (HMO's)¹⁵¹ gestimuleerd. Toch blijken al deze in begin jaren tachtig genomen initiatieven niet het gewenste resultaat op te leveren. Zo concludeert Schieber (1990,642) dat de kosten in eenzelfde tempo doorstijgen.

Gelet hierop, gaan er steeds meer stemmen op om een systeem van een national health program te introduceren (Enthoven, 1989,142; Himmelstein, 1989,246) Dit is opmerkelijk, gelet op de opvattingen in Amerika omtrent overheidsingrijpen. Dickman (1987,247) merkt onder andere op dat een dergelijk systeem zou kunnen bijdragen aan het oplossen van verwaarloosde problemen zoals:

- de slechte spreiding van voorzieningen
- de teruglopende kwaliteit van zorgverlening aan de armsten in de samenleving
- aparte financiering van het medisch onderwijs¹⁵²
- het grote aantal onverzekerden
- de sterk vertragende bureaucratie¹⁵³.

Het is opvallend dat de roep om een ander, meer gerechtvaardigd systeem van verzekering ook wordt ondersteund door de medische professie. Zo beschrijft Himmelstein (1989,246) "A physicians' Proposal" voor een "national health program".

Planning van spreiding van KMT

De aanschaf van KMT draagt voor een klein deel bij aan de kostenstijgingen. De exploitatie ervan draagt wegens zijn uitwaaiende effect veel substantiëler bij aan de kostenstijgingen. Met name de "overuse" (Anderson, 1984,169) die zeer lucratief kan zijn voorzover men per verrichting wordt betaald. Brown (1983,255) geeft een goed overzicht van de geschiedenis van de functieplanning. Het grote probleem bij de functieplanning in de VS is de politieke bestuursvorm. Een staat heeft de vrijheid om van federale regelgeving af te wijken. Met betrekking tot de gezondheidszorg kan de overheid alleen invloed uitoefenen via de besteding van de Medicare- en Medicaid-gelden. Via de Health Care Financing Administration (HCFA) wordt toch getracht het aanbod te reguleren door in het kader van Medicare slechts die verrichtingen te vergoeden die "reasonable and necessary" zijn. De HCFA toetst op vier criteria:

- Algemene erkenning dat de verrichting veilig en doelgericht is.
- Verrichting is volledig ontwikkeld en getest, en moet gerekend worden tot de geaccepteerde medische praktijk.
- Er is een medische indicatie aanwezig is.

- De verrichting is uitgevoerd volgens de bij deze verrichting algemeen aanvaarde methode in een omgeving waar alle faciliteiten die voor de uitvoering van de verrichting noodzakelijk zijn ook aanwezig zijn.

Zo heeft de HCFA in 1986 uitgebreide criteria opgesteld, waaraan ziekenhuizen dienen te voldoen, willen ze een harttransplantatie-programma vergoed krijgen. Bijvoorbeeld: minimumaantal jaarlijks te behandelen patiënten; opleidingsvereisten van de staf; criteria voor patiëntenselectie en een gemiddelde patiëntenoverlevingsscore per jaar. In 1970 (Brown, 1983,255) introduceerde men een groot aantal maatregelen om de kostenstijgingen in de gezondheidszorg en met name in de ziekenhuizen in te perken. Deze maatregelen waren:

- Het opzetten van Professional Standards Review Organizations (PSROs) om de beslissingen van artsen omtrent opnames en verpleegduur te bewaken en te evalueren.
- Het installeren van Prospective Rate Setting Bodies om de ziekenhuisbudgetten te toetsen en te herijken, alsmede de tarieven vast te stellen.
- Het oprichten van Health Systems Agencies (HSAs) om de ziekenhuisgroei te toetsen aan de regionale en nationale plannen op dat gebied.
- Het starten van Certificate-Of-Need (CON) programs om de investeringen door ziekenhuizen boven \$ 150.000 in de klinische setting te toetsen en daarmee te beperken.
- Het oprichten van het Office of Technology Assessment (OTA) dient het congres te adviseren inzake technologiebeleid en derhalve ook medisch technologiebeleid. OTA-rapporten zijn zeer bruikbaar, maar gelet op de autonomie van de staten in de VS gekoppeld aan hun beperkte macht wordt weinig gebruik gemaakt van de gegevens in deze rapporten ten behoeve van een adequate spreiding.

Hoe rigoureus deze maatregelen ook lijken, in 1977 bleek dat ze geen van alle het beoogde effect hadden gehad. De kostengroei was in een autonoom tempo doorgegaan. Pas nadat in 1982 het prospective payment system voor Medicare en Medicaid werd ingevoerd, leek het alsof de groei enigszins werd afgeremd¹⁵⁴.

Van de maatregelen die in 1970 zijn genomen, verdient in het kader van dit onderzoek de CON een nadere analyse. CON is tot stand gekomen om "overuse" in te dammen. Men ging uit van de eenvoudige analyse dat aanbod, vraag creëert; wanneer het aanbod wordt afgeremd nemen de kosten dus af. CON komt erop (Brown, 1983,255) neer dat plannen voor investeringen boven \$ 150.000 moeten worden voorgelegd aan een nationale toetsingscommissie. Zonder certificaat dat wordt verleend door deze commissie mag het plan niet worden uitgevoerd. Bij de introductie van CON was het probleem dat de commissieleden geen ervaring hadden en eveneens standaarden waarnaar men zich kon richten, moesten ontberen. Bij het opstellen van het CON-programma was verzuimd een sanctie instrumentarium te ontwikkelen voor ziekenhuizen die niet meewerkten respectievelijk overtredingen begingen. Brown stelt daarom vast dat CON een mix is van een regulerende bureaucratie en een regulerende democratie. Bij afwijzing van een plan hadden de instellingen de mogelijkheid om via de politiek, de consumenten of de media hun project toch gerealiseerd te krijgen. Als voorbeeld hiervan moge dienen dat in Washington slechts de helft van alle aangeschafte CT-scanners een certificaat heeft! De Gooyer (1989,187) wijst op het falende planning-beleid in de VS, waar het KMT betreft. In 1988 stond maar liefst 70% van alle in de wereld aanwezige MRI-apparatuur in de VS en 38% van de CT-scanners. Russel c.s. (1988,546) hebben de verspreiding van CT geanalyseerd en ondanks het van kracht zijn van het CON-programma had in 1980 22,4% van alle Amerikaanse ziekenhuizen een CT en in 1985 was dit percentage gestegen tot 55,5. Een echte evaluatiestudie naar de klinische waarde van de CT heeft niet plaatsgevonden. Slechts zeer lovende artikelen werden gepubliceerd die louter waren gebaseerd op ongecontroleerde klinische series. Ondanks pogingen om ziekenhuizen een KMT meer efficiënt te laten gebruiken door samen te werken, schaften de ziekenhuizen toch liever eigen apparatuur aan. Men zag samenwerking met een instelling die de technologie al had aangeschaft als degradatie van de eigen instelling tot tweede-klasziekenhuis en dus als prestigeverlies. Uit het veldonderzoek blijkt dat dit ook in Nederland een rol speelt.

Na deze opsomming kan de vraag gesteld worden wat de commissies die het CON-programma uitvoerden, ondernamen om hun "onmacht" te verminderen.

De volgende analyse is door Brown opgesteld:

- Men ging door het naar de letter toepassen van bureaucratische procedures de toetsingprocedure verlengen.
- Men ging verschillende planningdocumenten met elkaar vergelijken op zoek naar inconsistenties.
- Men nam op voorhand slechte plannen toch in overweging om op deze manier het aantal afgewezen zaken te laten groeien en daarmee het bedrag aan uitgespaarde kosten.
- Men trachtte door het medische deel van een project te scheiden van het niet-medische deel conflicten te vermijden.

Het moge duidelijk zijn dat dergelijke tactieken wellicht conflicten op de korte termijn doen verdwijnen, maar dat de geloofwaardigheid van een op een dergelijke manier opererend orgaan op langere termijn wordt ondermijnd. Brasfield (1982,256) evalueert de spreiding van CT-scanners. Op basis daarvan stelt hij voor dat Medicare/Medicaid slechts ingrepen vergoedt die met een gecertificeerde KMT zijn verricht¹⁵⁵. Om de kosten verder te beperken zou een jaarlijks kostenplafond moeten worden afgesproken. In 1986 wordt de wet waarin CON wordt geregeld door het Congres ingetrokken.

Hannan e.a (1987,254) pleiten voor het weer introduceren van een herziene CON. Deze herziening bestaat uit het expliciteren van de toetsingscriteria¹⁵⁶. Hannan concludeert dat de toestemming voor plaatsing van de eerste exemplaren - vaak nog in het experimentele stadium - meestal louter politiek zal zijn en dat men als men wel voldoende cijfers¹⁵⁷ heeft met een aantal gegevens wordt geconfronteerd. Met andere woorden de planning kan pas na verloop van enige tijd na het plaatsen van de eerste exemplaren daadwerkelijk beginnen. De suggestie van Hannan is niet overgenomen.

Anderson (1984,169) wijst op de gevaren van "underuse" van KMT onder het prospective-payment-regime. Hij analyseert dat ziekenhuizen de aankoop van nieuwe technologie zullen uitstellen, omdat de extra kosten niet direct in de DRG's worden verwerkt. Ik denk op grond van de analyse van de spreidingscases dat dit waarschijnlijk niet zal gebeuren bij KMT. KMT draagt bij aan het prestige van een ziekenhuis. McGregor (1989,143) pleit ervoor slechts geld uit te geven aan KMT waarvan vaststaat dat deze een aanwinst is voor de gezondheidszorg.

Hij wijst er dan ook op dat de medische professie er alles aan dient te doen om de waarde van de KMT in de patiëntenzorg zo snel mogelijk te bepalen. Slechts op grond van dergelijke gegevens is het mogelijk om verantwoorde keuzen te maken om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorg betaalbaar blijft.

Op dit moment wordt de introductie en spreiding van KMT in de VS niet gereguleerd door de overheid.

Orderingskader

Rationele besluitvormingsmodellen

De HCFA hanteert duidelijke rationele besluitvormingsmodellen, maar heeft slechts invloed op een deel van de gezondheidszorghandelingen. Er wordt in de VS veel MTA-onderzoek gedaan, maar wat opvalt, is dat de resultaten van dergelijk onderzoek nauwelijks leiden tot veranderingen in gedrag.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Bij de planning van KMT wordt met name gebruikgemaakt van het carbage-can-model. Dit heeft te maken met het feit dat de besluitvorming in de VS sterk politiek getint is. Zelfs het CON-programma is hierdoor mislukt. De politici die voor CON stemden, waren bij wijze van spreken dezelfde die aan hen niet-welgevallige uitspraak van een commissie naast zich neerlegden.

Medical Technology Assessment

Er is reeds geconstateerd dat MTA-onderzoek in de VS veelvuldig wordt uitgevoerd. Het effect van MTA-studies op de uiteindelijk spreiding is echter gering. Van een vrije-marktgezondheidszorg zou eigenlijk verwacht mogen worden dat steeds zou worden nagegaan op welke wijze de meeste "winst" door toepassing van een bepaalde KMT zou kunnen worden gehaald. Hiertoe ligt derhalve de toepassing van de resultaten van MTA-onderzoek voor de hand.

Planningstrategieën

Er zijn met name op federaal niveau stappen ondernomen om een allocatieve planning op te zetten, echter de effecten hiervan zijn nog nauwelijks zichtbaar. Dit heeft te maken heeft met de relatieve autonomie van de diverse staten met betrekking tot de inrichting van het regionale gezondheidszorgsysteem. Tevens is het duale gezondheidszorgsysteem (Overheid en particulier initiatief) een oorzaak van het feit dat landelijke planning bijzonder moeilijk uitvoerbaar is. De particuliere instellingen storen zich nauwelijks aan planningafspraken.

In feite hanteert men in de VS een minimale planningstrategie. Met name gericht op de korte termijn.

Sturingsfactoren voor planning

De minimale planning wordt gestuurd via politieke en maatschappelijke factoren. Inhoudelijke factoren spelen een ondergeschikte rol.

Beïnvloedingssystemen

Er wordt veelvuldig gebruikgemaakt van pressure campaigns om zaken door te drukken. Dit is mogelijk door de grote rol die de media in de VS spelen. De medici trachten tevens door toepassing van alliance-systemen met de machineachtige bureaucratie KMT's aan te schaffen. In het Amerikaanse systeem hebben de administrators door de uiterst ingewikkelde procedures meer macht dan de medici. De medici passen eveneens het strategic-candidate-systeem toe om hun invloed op de administrators en de politiek te vergroten.

Het expertisesysteem speelt eveneens een rol, maar is minder krachtig, geldt op de invloed van de administrators.

4.6 BESCHOUWING VAN DE VIER GEPRESENTEERDE SYSTEMEN IN RELATIE TOT ELKAAR

De vier gezondheidszorgsystemen zijn met name geanalyseerd op hun beleid op het gebied van spreiding van KMT.

Algemeen

De eerste overeenkomst die kan worden signaleerd, is dat in alle vier onderzochte landen er initiatieven zijn genomen om tot een evenwichtige spreiding van KMT te komen, echter, de mate waarin de initiatieven zijn geslaagd, is verschillend.

Medische professie

De invloed van de medische professie op het spreidingsbeleid is in elk van de landen groot, echter in Engeland en Zweden is getracht deze invloed te structureren door middel van regionale overlegsituaties. Opvallend is dat in Amerika de invloed van de medische professie het minst duidelijk is. Dit heeft te maken met het kenmerkende verschil tussen Amerika en de drie andere landen, namelijk de in Amerika omvangrijke invloed van de machineachtige bureaucratie op het functioneren van het gezondheidszorgsysteem.

In Nederland wordt een systeem van indirecte vertegenwoordiging door leden van de medische professie in de adviescolleges gehanteerd.

Spreidingscriteria

In elk van de onderzochte landen wordt getracht een deel van de spreidingscriteria objectief te bepalen door toepassing van MTA-achtige¹⁵⁸ onderzoeken. Zweden is in de toepassing van dit MTA-onderzoek het verst, mede omdat men over een goed werkend registratiesysteem beschikt. Daarnaast wordt de methode door partijen erkend als valide. Het bezwaar is echter dat dergelijk onderzoek vaak enige tijd na introductie van de KMT wordt verricht, waardoor het effect op de spreiding kleiner is.

In Engeland houdt men ook een adequate registratie bij en worden initiatieven ontplooid om voor de introductie van nieuwe technieken¹⁵⁹ MTA-onderzoeken op te zetten. Door de sterke mate van decentralisatie is de praktische beleidswaarde van de onderzoeksresultaten gering.

In Nederland is eind jaren tachtig de belangstelling voor MTA-onderzoek fors toegenomen en zijn de eerste MTA-rapporten gepresenteerd (IVF)¹⁶⁰. De consequenties die aan deze rapporten met betrekking tot de planning van KMT in Nederland worden verbonden zijn nog niet duidelijk, omdat ze nog geen formele plaats hebben in de besluitvormingsketen.

In Amerika worden wel MTA-rapporten door OTA gemaakt, maar de praktische consequenties zijn mede gelet op het politieke systeem, van een federale structuur met staten met een aanzienlijke autonomie gering. Daarnaast bestaat er een actief liefdadigheids- en sponsorcircuit, zodat zelfs al worden de MTA-rapporten uitgevoerd, er nog voldoende ontsnapingsmogelijkheden zijn. Bij CON verzuimde de overheid toetsingscriteria en sancties op te stellen, waardoor de effectiviteit van het CON-instrumentarium eigenlijk bij voorbaat op een achterstand werd gezet.

Planning

In alle onderzochte landen valt een tendens waar te nemen naar een regionale planning, omdat gebleken is dat de verschillen tussen de regio's dermate groot zijn dat met een gedetailleerde centrale planning niet het gewenste resultaat kan worden bereikt.

In alle vier landen blijkt men toch steeds enigszins achter de feiten aan te lopen en is de spreiding van KMT reeds gestart zonder dat het onderzoek is afgerond en planningcriteria zijn opgesteld.

Voorlopige conclusie

Uit de onderzochte gegevens valt een voorzichtige conclusie te trekken dat een genationaliseerd systeem voor het ontwikkelen van een evenwichtig spreidingsbeleid voordelen lijkt te hebben en een grotendeels marktgericht systeem nadelen, doordat de diverse krachten niet op een enigszins gestructureerde manier met elkaar in contact komen. Het Nederlandse systeem neemt wat dat betreft een middenpositie in.

In hiernavolgend schema wordt het beleid dat de vier landen met betrekking tot de introductie en spreiding van HTT voeren, uitgezet tegen de criteria.

Criteria	Nederland ¹⁶¹	Zweden	Engeland	USA
Rationele besluitvormingsmodellen	Ja, elementen	Idem	Idem	Idem, echter nauwelijks effect
Descriptieve modellen	Sat. Search	Garb. Can	Sat. Search	Garb. Can
MTA	In opkomst Pos. ondui.	Sterk aanw. Pos. zwak	In opkomst	Ja, pos. zwak
Planningstrategie	Alloc. (norm)	Alloc.	Norm./alloc.	Minimaal
Sturingsfactoren voor planning	Pol. ++ Inh. + Mij. ++	Pol. ++ Inh. + Mij. ++	Pol. + Inh. ++	Pol. ++ Inh. - Mij. ++
Beïnvloedings-systemen medische professie	Allia. Expert. Strat. Can.	Allia. Expert. Strat. Can.	Allia. Expert. Strat. Can.	Allia. Expert. Strat. Press.
Regeling voor spreiding KMT	Ja	Neen	Neen	Neen

Allia.	=	alliance	Pol.	=	politiek
Expert.	=	expertise	Inh.	=	inhoudelijk
Strat.Can.	=	strategic candidates	Mij.	=	maatschappelijk
Press.	=	pressure campaign	Alloc.	=	allocatief
Norm.	=	normatief	ondui.	=	onduidelijk
Pos.	=	positie	Carb. Can	=	carbidge can
Sat.Search	=	satisficing search			

+	=	aanwezig
++	=	sterk aanwezig
-	=	nauwelijks aanwezig

Toelichting op het schema.

In alle onderzochte landen wordt getracht rationele elementen bij de besluitvorming te betrekken, echter, het effect van deze rationalisatiepogingen is gering. Oorzaken zouden kunnen zijn:

- Onduidelijke inpassing in de beleidscyclus.
- Ontbreken van een sanctie-instrumentarium.
- Ontbreken van uniforme criteria.
- Tijdstip van inzet niet optimaal (te vroeg of te laat).
- Onbekendheid bij gebruikers.
- Door onjuiste introductie geen acceptatie door het veld.

Bij de descriptieve modellen wordt opgemerkt dat satisficing search voornamelijk wordt gebruikt bij systemen waar KMT onderworpen zijn aan centrale planning, terwijl garbage can wordt gebruikt bij systemen die decentrale KMT-planning hanteren.

MTA-onderzoek wordt in elk van de onderzochte landen gehanteerd, echter de plaats in de beleidscyclus en de invloed die dergelijk onderzoek op de planning heeft, blijft onduidelijk of zelfs zwak.

De politieke sturingsfactoren scoren in de vier landen hoog. Inhoudelijke factoren scoren hoog in Engeland, terwijl maatschappelijke factoren hoog scoren in Zweden en in de VS, en in opkomst zijn in Nederland.

In de vier landen hanteren de medici voornamelijk de drie genoemde beïnvloedingssystemen. In de VS wordt het expertisesysteem vooral door middel van pressure campaigns gehanteerd, vanwege de eerder beschreven invloed van de machineachtige bureaucratie.

Met deze uitkomsten zal bij de opstelling van het SHM rekening worden gehouden.

4.7 DRIE SPREIDINGSCASES

4.7.1 INLEIDING

In dit deel van de literatuurstudie wordt aandacht besteed aan drie voorbeelden van KMT-spreidingsbeleid in Nederland gedurende het afgelopen decennium. Deze voorbeelden zijn de Computer Tomograaf (CT), de Magnetic Resonance Imaging apparatuur (MRI) en de Nefro Litho-Triptor (NLT). Door bestudering van deze drie spreidingscases wordt nagegaan hoe het eerder besproken beleid in deze is toegepast.

Er wordt aandacht besteed aan de praktische werking van artikel 18, de invloed van het macro-, meso- en microniveau op de spreading. Aan het slot van elke casus worden de bevindingen getoetst aan het ordeningskader. Dit deel wordt besloten met een paragraaf, waarin de verschillen en overeenkomsten in de aanpak van de drie spreidingscases worden besproken. Deze gegevens zijn van belang bij het opstellen van het concept spreidingshulpmiddel.

De drie spreidingscases worden op een uniforme manier besproken, waarvoor de volgende indeling is opgesteld:

- De techniek.
- Historie.
- De introductie in Nederland.
- Het spreidingsbeleid.
- Ordeningskader.

Achtereenvolgens zullen de CT, MRI en NLT worden besproken.

4.7.2 COMPUTERTOMOGRAFIE

De techniek

De CT is een instrument waarbij de door het object heengestuurde röntgenstralen niet op een fotografisch gevoelige plaat vallen, maar op röntgendetectors. Elke structuur absorbeert een bepaalde hoeveelheid röntgenstralen. De niet-geabsorbeerde straling wordt door de detectors geregistreerd en vertaald in een grijstint¹⁶². De gegevens die deze detectors registreren worden opgeslagen in een computer.

De röntgenstralen worden onder verschillende hoeken door het object gezonden, waarbij als het ware cirkels om het lichaam worden gedraaid, zodat horizontale snedes kunnen worden gemaakt. De dikten van deze snedes zijn vooraf in te stellen. De verzamelde informatie¹⁶³ wordt in de computer verwerkt en in een matrix gepresenteerd. Men ziet dan een dwarsdoorsnede door het gebied van het lichaam waar de röntgenstralen doorheen zijn gegaan. De anatomische structuren zijn verrassend goed te herkennen, wat de diagnostische waarde ten opzichte van de standaard-röntgendiagnostiek vergroot.

Historie

In 1967 lukte het de Engelse fysicus Hounsfield om de eerste CT-opname te maken van een object, waarna het hem in 1971 lukte de eerste CT-opname van het hoofd van een patiënt te maken. Deze ontdekking was revolutionair, met name de mogelijkheden die de CT bood voor de ondersteuning van de neurologische diagnostiek. De ontwikkelingen verliepen dan ook stormachtig. In 1973 werd in de Mayo-clinic de eerste commerciële CT geplaatst.

Door de ervaringen die met de CT werden opgedaan en de snelle technologische ontwikkeling op het gebied van de automatisering werd de CT steeds betrouwbaarder¹⁶⁴. In het technisch jargon wordt gesproken over opeenvolgende generaties van apparaten.

De introductie in Nederland

De CT-ontwikkelingen werden ook in Nederland op de voet gevolgd, waarbij het opvalt hoe goed de internationale artsennetwerken functioneren. In het veldonderzoek werd door een aantal gesprekspartners gewezen op het jaarlijks terugkerende radiologencongres in Amerika, waar onderzoekers, industrie en praktiserend radiologen elkaar treffen en de nieuwste ontwikkelingen met elkaar bespreken. Hierdoor was (en is) met name deze groep medici bijzonder goed geïnformeerd. Door hun contacten met de klinici kunnen ze deze informatie snel verspreiden. Een groot deel van de Nederlandse radiologen¹⁶⁵ was van mening dat er zo snel mogelijk CT's in Nederland zouden moeten worden aangeschaft, teneinde niet het gevaar te lopen niet meer up-to-date te zijn.

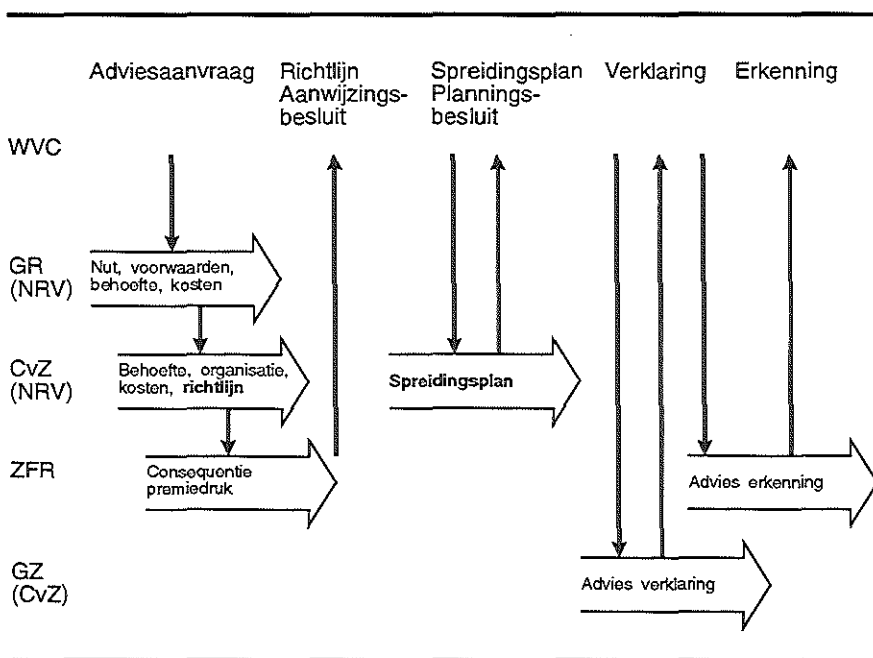
In 1975 werd mede onder druk van de medische professie toestemming gegeven de eerste hersenscanner voor onderzoeksdoeleinden te plaatsen in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam.

Het overheidsbeleid inzake verspreiding van CT-apparatuur

Het overheidsbeleid inzake de verspreiding van CT-apparatuur is geïnventariseerd door Straten (1986,562; 1989,212; Vrolijk & Straten, 1990,185) en bekritiseerd door Barneveld Binkhuysen (1987,210; 1987,208; 1988,206; 1988,209). Bij het opstellen van deze paragraaf is met name van deze bronnen gebruikgemaakt.

Nadat de plaatsing van de eerste CT in 1975 een feit was, besloot het ministerie van Vomis¹⁶⁶ tot een onderzoek om na te gaan of de CT onder de werking van Artikel 18 WZV kon worden gebracht.

Eén van de eerste stappen in dat proces is een verzoek van de staatssecretaris om advies. In figuur 14¹⁶⁷ wordt de procedure zoals deze in de wet wordt voorgeschreven, weergegeven.



Figuur 14: Procedureschema artikel 18 WZV.

Toelichting op de figuur.

Wat meteen opvalt, is de volgtijdelijkheid van de consultaties. Deze volgtijdelijkheid is met name de oorzaak van de lange duur van het gehele traject. Gedeputeerde Staten komt pas in actie nadat het spreidingsplan reeds is goedgekeurd. GS wordt gevraagd te adviseren over de vraag in welk ziekenhuis in de in het spreidingsplan opgenomen plaats de artikel 18 voorziening mag worden geplaatst. Aan het einde van de rit wordt aan de ZFR een advies gevraagd met betrekking tot de erkenning van de betrokken afdeling van het ziekenhuis. Pas als deze verklaring positief is, neemt de minister een besluit tot erkenning. Uit dit schema wordt meteen duidelijk dat het hier een centrale planning betreft. De staatssecretaris besloot in maart 1976 advies te vragen aan GR. Hij argumenteerde zijn besluit als volgt:

"Gezien de grote investering, welke bedoelde apparatuur bij aanschaf vereist, ben ik van mening dat deze kan worden aangemerkt als een voorziening, waarvoor gewichtige belangen noodzaken tot een adequate planning."

Tegelijkertijd zendt hij een brief naar de ziekenhuizen waarin hij vraagt om in afwachting van het advies van de GR niet over te gaan tot aanschaffing van CT¹⁶⁸.

Steeds sneller volgden de berichten elkaar op over de meerwaarde van het CT-onderzoek voor met name de neurologische diagnostiek. De medische professie voerde de druk op het ziekenhuismanagement enerzijds en de politiek anderzijds op. Men wees erop dat de patiënt een patiëntvriendelijke methode werd onthouden¹⁶⁹. Mede door deze druk vraagt de staatssecretaris aan de GR een eveneens een voorlopige indicatie van de behoefte aan CT's te geven¹⁷⁰.

In oktober 1976 brengt de GR haar eerste interimadvies uit. De belangrijkste punten hieruit zijn:

- Breng de CT onder de werking van Artikel 18 WZV.
- De CT van de hersenen is voor de neurodiagnostiek van grote betekenis.
- De waarde van de CT voor de diagnostiek van andere delen van het lichaam is nog onduidelijk.

- De hersenscanners dienen bij voorkeur geplaatst te worden in opleidingscentra, omdat dan arts-assistenten er tijdens hun opleiding ervaring mee kunnen opdoen.

In 1976 zijn ondertussen ondanks de circulaire van het ministerie 7 CT's in Nederland geplaatst.

In april 1977 brengt GR zijn tweede interimadvies uit. Het tweede advies bevat een verdere uitwerking en onderbouwing van de stellingname van GR in het eerste interimadvies. Echter, het bevat de volgende nieuwe punten:

- De behoefteraming: 20 tot 30 scanners voor hersenscanning en 7 tot 8 voor lichaamsscanning.
- Een ziekenhuis mag, mede gelet op het relatief geringe prijsverschil, een lichaamsscanner aanschaffen, maar die mag men dan uitsluitend voor hersenscanning gebruiken. Dit heeft als voordeel dat op het moment dat meer duidelijkheid is verkregen over de mogelijkheden van de lichaamsscanning men slechts een tarief hoeft aan te vragen.
- Er wordt aangedrongen op een evaluatiestudie naar de effecten van CT op de kosten en de baten:
 - De totale exploitatiekosten worden door GR ruwweg geschat op 1 miljoen gulden.
 - De baten worden vooral gezien in:

Vermindering van het risico en ongerief voor de patiënt.

Verbetering van de diagnostiek en therapie.

Gedeeltelijke vervanging van bestaande technieken.

Verkorting van opnameduur en het voorkomen van een opname.

- Er wordt gewezen op de snelle technologische veroudering van de apparatuur en dat derhalve het gevaar niet denkbeeldig is dat als er in korte tijd veel CT's worden aangeschaft, er voor nieuwere typen in een later stadium geen financiële ruimte meer is¹⁷¹.
- Het aantal CT-scanners wordt begroot op 1 per 500.000 inwoners tot maximaal 1 per 300.000 inwoners. Men pleit echter tevens voor een evenwichtige spreiding onder academische en algemene ziekenhuizen in verband met de evaluatie. De patiëntenpopulaties zijn immers verschillend.

- Men schat dat circa 40% van alle E.E.G. onderzoeken kunnen worden vervangen door CT-onderzoek.

In 1977 worden nog steeds in afwachting van een spreidingsplan 6 CT's geplaatst.

In juni 1978 stuurt de staatssecretaris een tweede circulaire, waarbij hij zich baseert op het tweede interimadvies van de GR. Hierin neemt hij de GR-aanbevelingen op het gebied van de hersenscanning over, maar laat een vijftal randvoorwaarden met betrekking tot lichaamsscanning weg:

- Aanwezigheid van een oncologisch centrum.
- Opleidingsbevoegdheid Radiotherapie.
- Deskundigheid op het gebied van stralenfysica en informatica dient aanwezig te zijn.
- Aanwezigheid van een simulator en een treatment planning system.
- De mogelijkheid om systematisch de resultaten van de CT te vergelijken met die van andere diagnostische methoden.

De weglating van deze punten is opmerkelijk, omdat deze alle te maken hebben met de infrastructuur, waarin naar de mening van de GR de CT het beste tot zijn recht komt. De reden hiervoor heb ik niet kunnen achterhalen.

Een passage over evaluatie is in de circulaire evenmin terug te vinden, terwijl de GR dit punt juist benadrukt had. Wel heeft de staatssecretaris een extra criterium toegevoegd:

- De bemensing van de afdeling Radiodiagnostiek dient voldoende¹⁷² te zijn.

Tot slot dient bij de aanvraag aan het ministerie een aantal gegevens te worden overgelegd waaruit blijkt dat het ziekenhuis in kwestie een regiofunctie vervult.

In juni 1978 verzoekt de staatssecretaris het CvZ advies uit te brengen over een spreidingsplan. In 1978 worden nog steeds in afwezigheid van een spreidingsplan 2 CT's geplaatst.

In mei 1979 brengt het CvZ een advies uit waarin een spreidingsplan is vervat. Dit advies is gebaseerd op de gegevens uit de beide interim-adviezen van de GR.

Het komt qua uitgangspunten grotendeels overeen met de interimadviezen en stelt vast dat men bij de spreiding dient uit te gaan van de gezondheidszorgregio's¹⁷³. Ieder gebied zou ten minste 1 CT moeten hebben. Het CvZ concludeert dat er in totaal 37 CT's aangeschaft mogen worden te weten 27 ten behoeve van de patiëntenzorg en 10 voor het onderzoek. Het CvZ wijst erop dat gezien de stormachtige technologische ontwikkelingen het de voorkeur verdient het spreidingsplan gefaseerd in te voeren.

In 1979 is de WZV gewijzigd. Hierdoor werd het mogelijk om "voor superspecialistische voorzieningen in afwachting van de adviezen voor toepassing van artikel 18 en zonder dat er sprake is van een volledig uitgewerkt spreidingsplan voor de voorziening in kwestie een "tijdelijke regeling" in werking te doen treden¹⁷⁴".

In oktober 1979 brengt de GR zijn derde interimadvies uit. Dit advies bevatte tevens de conclusies van een hoorzitting die de GR direct na het verschijnen van het tweede interimadvies had gehouden met deskundigen uit de medische professie¹⁷⁵.

In het derde interimadvies wordt geconcludeerd dat er een tekort aan vakkundige personen is om alle mogelijkheden van de CT te benutten¹⁷⁶. Er wordt gewezen op het tekort aan radiodiagnosten en radiologische laboranten. Daarnaast wijst de GR erop dat een al te stringente toepassing van de randvoorwaarden ertoe kan leiden dat sommige regio's te lang op toestemming moeten wachten. Dit laatste werkt met name in het nadeel van de patiënt.

In 1979 worden er 4 en in 1980 11 CT's geplaatst zonder dat deze aanvragen getoetst zijn aan een spreidingsplan. De mogelijke verklaring van de plaatsing van 11 CT's in 1980 is dat het in 1980 duidelijk werd dat er een grote kans aanwezig was dat het ministerie voor de CT gebruik zou gaan maken van de onlangs van kracht geworden tijdelijke regeling. De ziekenhuizen hebben ingeschat dat de reeds aanwezige apparatuur niet getroffen zou worden door de tijdelijke regeling. Deze apparatuur zou automatisch een vergunning krijgen.

In mei 1981 treedt het Besluit Tijdelijke regeling computer tomografie in werking. Een dergelijke regeling blijft maximaal 2 jaar van kracht met een mogelijke verlenging van 1 jaar. Het gaat bij de tijdelijke regeling met name om de passage dat het verboden is: "zonder vergunning van de minister in een ziekenhuisvoorziening Computer Tomografie uit te voeren of te doen uitvoeren alsmede ten behoeve daarvan aan te schaffen of in gebruik te nemen". In het spreidingsplan van deze regeling waren 40 CT's opgenomen inclusief die voor onderzoek.

De reeds geïnstalleerde voorzieningen kregen inderdaad automatisch een vergunning, echter, bij vervanging worden de betrokken ziekenhuizen onderworpen aan de tijdelijke regeling. De staatssecretaris gaf daarbij aan terughoudend te zullen zijn met het verstrekken van vergunningen bij vervanging van apparatuur.

De criteria die in het besluit staan vermeld, zijn in vergelijking met de GR-adviezen minder strak geformuleerd. Tevens wordt geen definitieve uitspraak gedaan over de behoefte en capaciteit. Als reden daarvoor wordt aangegeven dat men nog geen goed beeld heeft van de waarde van de lichaamsscanning. Als belangrijk spreidingscriterium wordt gehanteerd 1 CT op 450.000 inwoners¹⁷⁷.

In december 1981 brengt GR zijn eindadvies uit. Dan is de tijdelijke regeling dus al van kracht. De GR dekt zich bij monde van zijn voorzitter reeds op voorhand in door in een begeleidende brief te schrijven dat het advies niet meer kan zijn dan een momentopname van een zich ontwikkelend veld. In dit eindadvies komt de GR tot de conclusie dat er uit zuiver medisch oogpunt geen beperkingen meer aan te geven zijn voor de toepassing van CT¹⁷⁸.

De GR merkt wel op dat voor toepassing steeds dient te worden overwogen of er geen goedkoper alternatief voorhanden is dat de patiënt minder belast. Een ander opmerkelijk punt is dat de GR in zijn eindadvies een evaluatiestudie naar de klinische betekenis van CT niet meer noodzakelijk acht, omdat "de CT haar plaats in het diagnostisch proces en bij de voorbereiding en begeleiding van therapie volledig heeft veroverd". Dit kan worden omschreven als een dwaling, omdat men zich hierbij baseert op klinische ervaringen die op een niet-gestandaardiseerde manier zijn verzameld¹⁷⁹. Dit proces wordt echter frequent gezien, waardoor slechts weinig medische methoden zijn gevalideerd.

De randvoorwaarden voor plaatsing worden in het GR-eindadvies als volgt geformuleerd:

- Algemene spreiding van de apparatuur onder bevolking.
- Adequate personeelsvoorziening.
- Een centrale functie als algemeen ziekenhuis voor de inrichting waar CT wordt geplaatst.

De GR adviseert te komen tot een spreiding van 1 CT op 300.000 inwoners, wat neerkomt op 50 CT's. Hieruit blijkt dat door de toegenomen waarde voor de kliniek en het ontdekken van nieuwe mogelijkheden de GR zijn aanvankelijke raming (1977) ongeveer verdubbeld.

Deze erkent dat er dan wachttijden zullen blijven bestaan, maar dat hoeft geen bezwaar te zijn mits spoedindicaties terstond geholpen kunnen worden¹⁸⁰.

Tot slot verklaart de GR dat het niet mogelijk is een kosten-batenanalyse uit te voeren vanwege de veelheid van onderzoeken die met de CT kan worden verricht. In een bijlage bij het eindadvies wordt door de radio-loog Gerritsen uitgelegd dat het argument dat toepassing van CT zou leiden tot een daling van het aantal opnames niet reëel is, omdat ten eerste meer complexe dus ook meer tijdconsumerende gevallen worden gediagnostiseerd, en ten tweede dat door de wachttijden de opnameduur wordt verlengd. Ten derde bleek dat een reductie van het aantal opnames ook niet optrad, omdat het ziekenhuis juist baat heeft bij een hoge bezettingsgraad uit oogpunt van efficiency. Daarnaast bleef het onduidelijk welke onderzoeken nu daadwerkelijk door de CT werden vervangen, waardoor de verzekeraars geen mogelijkheden hadden om de ziekenhuizen te vragen bepaalde onderzoeken te verminderen. We zullen dit fenomeen bij de bespreking van de NLT eveneens zien.

In 1981 en 1982 werden 6 respectievelijk 5 CT's geplaatst onder de werking van de tijdelijke regeling. In 1983 liep de tijdelijke regeling af, maar werd door de staatssecretaris met een jaar verlengd, omdat de AMvB en het planningbesluit nog niet gereed waren.

In november 1983 werd de AMvB vastgesteld. In 1983 werden er geen CT's geplaatst¹⁸¹.

In april 1984 trad het Besluit Bijzondere functies van de WZV in werking en viel de CT officieel onder artikel 18 WZV. Er dient te worden opgemerkt dat de WZV op dat moment uitsluitend van kracht was voor de algemene (niet-academische) ziekenhuizen. Het planningbesluit was echter nog niet gereed, zodat de aanvragen werden beoordeeld met behulp van de criteria van de tijdelijke regeling. In 1984 verscheen het concept-planningbesluit, waarin vermeld staat dat er een maximum van 130.000 CT-onderzoeken per jaar mag worden verricht. Deze passage was in het kader van het bezuinigingsbeleid van de regering opgenomen. Men had berekend dat 33 CT's voldoende zijn en dat terwijl inclusief de 5 die in 1984 met toestemming geplaatst werden, er reeds 45 stonden opgesteld. Er dienden er derhalve 12 te worden ontmanteld.

Opmerkelijke verschillen met de tijdelijke regeling zijn:

- 1 CT op 450.000 inwoners blijft gehandhaafd. Echter, niet alleen bepaald door de regionale bevolking maar tevens door de adherente bevolking die van het ziekenhuis gebruikmaakt. Is het verzorgingsgebied kleiner, dan mag een reeds aanwezige CT daar blijven mits het verzorgingsgebied minimaal 340.000 inwoners telt. Is er nog geen CT aanwezig in een regio met minder dan 450.000 inwoners, dan mag er één worden toegewezen mits er geen overcapaciteit is in de omliggende regio's en rekening houdend met de ondergrens van 340.000 inwoners per CT.
- De eis tot evaluatie is niet meer terug te vinden.
- Geen onderscheid meer tussen hersen- en lichaamsscanning.
- De criteria zijn niet gewijzigd, ondanks het uitkomen van het GR eindadvies, waarin veel ruimere criteria zijn opgenomen¹⁸².
- Er wordt de mogelijkheid geboden om een mobiele CT aan te schaffen, echter, hiervoor gelden dezelfde regels als voor een "vaste" CT.

Dit concept-planningbesluit wordt conform de procedure voorgelegd aan het CvZ.

Het CvZ stemt in zijn advies in grote lijnen in met de inhoud van het concept planningbesluit, echter, CvZ pleit expliciet voor "een evaluatie van het diagnostisch gebeuren die zich niet dient te beperken tot de CT", maar in het kader van de ontwikkelingen (PET, MRI) verder dient uit te strekken.

In het planningbesluit stond de reeds eerder aangegeven passage over ontmanteling. WVC heeft hier echter een passage aan toegevoegd dat onnodige kapitaalvernietiging zoveel mogelijk moet worden voorkomen en dat de CT's gedurende de resterende afschrijvingsperiode mogen blijven functioneren¹⁸³. Dit planningbesluit had tot direct gevolg dat de regio Zeeland geen CT kon aanschaffen, waarbij gewezen werd op de overcapaciteit in de omliggende regio's. Dit laatste is uit financieel oogpunt te begrijpen, maar heeft weinig met een spreidingsbeleid van doen en nog minder met patiëntvriendelijkheid. De patiënt wordt gedwongen lange reizen te maken tegen vaak hoge kosten¹⁸⁴. Cobben (1985,445) merkt in dit verband op dat men een verkeerd uitgangspunt hanteert. Volumebeheersing door aantalbeperking, terwijl er op grond van de dan meetbare behoefte reeds een ondercapaciteit is van 25%. Hij pleit voor een volumebeheersing op grond van de behoefte.

In dit artikel wordt helaas niet aangegeven op welke manier deze behoefte geobjectiveerd kan worden.

In 1985 is er 1 CT geplaatst, en in 1986 werd geen vergunning afgegeven om de CT in Apeldoorn¹⁸⁵ te vervangen. Hierdoor werd in 1986 het aantal CT's met 1 verminderd. In 1987 werd er vergunning afgegeven voor de plaatsing van 1 CT.

Als men nu deze historie beziet, kan men concluderen dat de spreiding van de CT's reeds heeft plaatsgevonden voor de goedkeuring van de spreidingsplannen en dat daardoor van gecoördineerde spreiding geen sprake is geweest. In de literatuur wordt hiervoor als reden opgegeven de zeer tijdrovende artikel 18 procedure.

In 1988 ontstaat er, waarschijnlijk mede naar aanleiding van het proefschrift van Barneveld Binkhuysen, een discussie omtrent het afschaffen van het artikel-18-vergunningensysteem voor de CT. In dit proefschrift wordt namelijk berekend dat de behoefte aan CT-onderzoek op minimaal 500.000 onderzoeken per jaar kan worden gesteld en niet op 130.000. Tevens wordt gewezen op het feit dat in het planningbesluit is uitgegaan van achterhaalde gegevens, die met name niet in overeenstemming waren met het eindadvies van de GR. Echter, er waren bij de berekeningen geen nieuwe veelbelovende ontwikkelingen (bijvoorbeeld MRI).

In 1989 wordt besloten om CT - gelet op het feit dat het is uitgegroeid tot een standaardprocedure met een goed indicatiespectrum - uit de werkingssfeer van artikel 18 te halen, waarmee de spreiding verder wordt overgelaten aan het regio-overleg ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars.

Een evaluatiestudie naar de waarde van de CT is nimmer uitgevoerd.

In de hiernavolgende tabel zijn de ontwikkelingen nog eens samengevat (Vrij naar Straten, 1986,562).

Aantal CT's Jaar (cumulatief)	Gebeurtenis
1	1975
8	1976
	1976
14	1977
	1977
16	1978
20	1979
	1979
	1979
	1979
31	1980
37	1981
	1981
42	1982
44	1983

Aantal CT's Jaar
(cumulatief)

Gebeurtenis

45	1984	Ministerie besluit om CT onder artikel 18 te plaatsen, waarmee de tijdelijke regeling is omgezet in een definitieve.
46	1985	-
45	1986	Ministerie maakt van haar bevoegdheid gebruik en geeft geen vergunning af voor de vervanging van een CT.
46	1987	-
	1988	Discussie over het opheffen van de centrale planning van CT onder artikel 18, omdat CT tot een standaardprocedure is uitgegroeid.
	1989	Ministerie besluit CT uit de werkingssfeer van artikel 18 te halen en laat de verdere spreiding over aan het regionaal overleg.
66	1990	Twintig ziekenhuizen schaffen een vaste CT aan. Motivatie daarbij is vooral het "niet kunnen achterblijven" en concurrentieoverwegingen ¹⁸⁶ .

Om een en ander nu eens in een wat meer internationaal perspectief te plaatsen heeft De Gooyer (1989,187) de dichtheid van een aantal KMT in diverse landen eens bekeken. Als we ons beperken tot de CT heeft Nederland een dichtheid van circa 3 CT's/miljoen (1986) inwoners en zit daarmee in Europa aan de lage kant (gemiddeld 4,1) en in vergelijking met de VS (20,2/miljoen) extreem laag. Het land met de grootste dichtheid is Japan: 34,5/miljoen!

Na het opheffen van het artikel-18-regime zijn er enkele mobiele CT-scanners door groepen van ziekenhuizen aangeschaft. De mobiele scanner biedt vooral kleinere ziekenhuizen voordelen. De tendens om KMT in mobiele opstellingen te plaatsen is een bekend verschijnsel aan het worden eind jaren tachtig. In de bespreking van de beide andere cases wordt deze tendens eveneens geconstateerd

De conclusie van de CT-spreidingscasus kan luiden dat ten eerste het gehele traject te veel tijd in beslag heeft genomen om van een proactieve opstelling te spreken. Ten tweede is er geen evaluatieonderzoek uitgevoerd waaraan de beleidslijnen konden worden getoetst.

Ondanks de gedurende de ontwikkeling van het beleid gecreëerde mogelijkheid tot een tijdelijke regeling ex artikel 18, is de procedure te zwaar en te ineffectief om in te spelen op snelle technologische veranderingen.

Orderingskader

Rationele besluitvormingsmodellen

Geconcludeerd kan worden dat bij het formuleren van een spreidingsbeleid voor CT nauwelijks gebruik is gemaakt van rationele modellen. Bij het opstellen van criteria is op rationele wijze geredeneerd, echter, deze redenering is niet consequent gehanteerd.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Er kan worden geconcludeerd dat, gelet op het feit dat eigenlijk continu achter de feiten werd aangelopen, gebruik is gemaakt van het muddling-through-model. Bij de bestudering van het materiaal heb ik de indruk gekregen dat de machineachtige bureaucratie het meeste last heeft gehad van haar intrinsieke problemen snel op ontwikkelingen in te spelen.

PAR-model

Er is in dit geval sprake geweest van toepassing van het PAR-model, omdat men afgaand op de eerste berichten er reeds van was overtuigd dat men deze techniek in bezit wilde krijgen.

Medical Technology Assessment

Ondanks het aanvankelijk aandringen van de GR op het verrichten van een evaluatiestudie is deze er nooit gekomen. Hierbij moet worden aangetekend dat in de tijd dat deze casus speelde, er nog nauwelijks aandacht bestond voor evaluatief beleidsonderzoek. Pas de laatste 5 jaar is de aandacht hiervoor toegenomen.

Planningstrategieën

Men heeft een allocatieve planning gehanteerd door in het planningbesluit een maximaal aantal onderzoeken voor de in Nederland opgestelde CT's af te kondigen.

Sturingsfactoren voor planning

In deze casus zijn inhoudelijke in combinatie met politieke sturingsfactoren gehanteerd. Maatschappelijke factoren zijn slechts in 1990 een rol gaan spelen, omdat men zich ging afvragen waarom een tot standaard verheven procedure nog steeds onder artikel 18 viel.

Beïnvloedingssystemen

De medische professie heeft gebruikgemaakt van een aantal politieke beïnvloedingssystemen om invloed uit te oefenen op de politieke besluitvormers. Allereerst is gebruikgemaakt van het expertisesysteem, omdat snel na de introductie de medici door hun netwerken zeer snel op de hoogte waren van de nieuwe ontwikkeling en had het management c.q. de overheid nog geen beschikking over dergelijke gedetailleerde informatie. Hierdoor werd relatief snel toestemming gegeven voor de aanschaf van de eerste CT. Daarnaast werd gebruikgemaakt van lording omdat al snel werd gewezen op het feit dat patiënten een "levensreddende" techniek zou worden onthouden als niet snel zou worden overgegaan tot de aanschaf van deze apparatuur. Tot slot werd ook met name in het begin gebruikgemaakt van budgeting door te wijzen op de kostenbesparing die zou optreden door toepassing van de CT in plaats van dure veelal invasieve technieken¹⁸⁷. In een later stadium wordt door de professie zelf aangegeven dat de besparing om diverse redenen toch niet kon worden gerealiseerd (Gerritsen in eindadvies GR).

Er is op beperkte schaal door de professie gebruikgemaakt van pressure campaigns om ziekenhuisdirecties onder druk te zetten een CT aan te schaffen, met name in combinatie met het lording-systeem, door erop te wijzen dat het eigenlijk moreel onverantwoord is patiënten deze techniek te onthouden. Ditzelfde is eveneens gebeurd op overheidsniveau.

Machtsspelen

Er is door medici gebruik gemaakt van een confronterende benadering, waarop door de overheid is gereageerd met een probleemoplossende benadering¹⁸⁸.

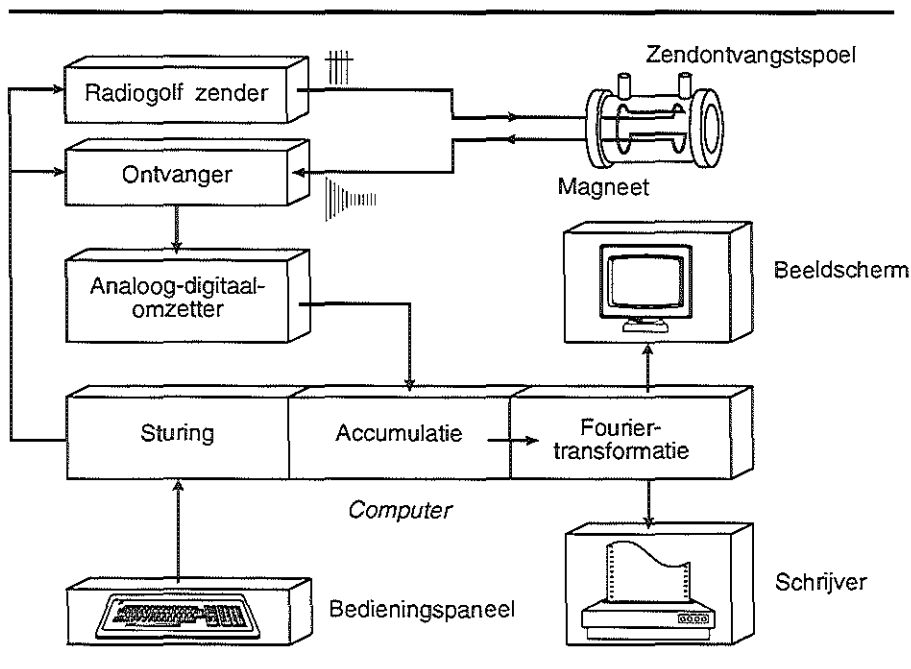
4.7.3 MAGNETIC RESONANCE IMAGING

De techniek

Kassenaar (1987,558) heeft op heldere wijze de werking van Nuclear Magnetic Resonance (NMR) uiteengezet. NMR is gebaseerd op het feit dat sommige atoomkernen een magnetisch moment bezitten, waardoor zij zich in een aantal posities kunnen oriënteren in een extern magneetveld. Het waterstofatoom is een dergelijk atoom. Indien de waterstofatomen zich bevinden in een sterk magnetisch veld zullen zij zich richten naar dit veld en zullen zodanige posities innemen dat een evenwichtssituatie ontstaat. Deze evenwichtssituatie kan worden verstoord door de waterstofatomen te bestralen met elektromagnetische energie in de vorm van radiostraling. Bij het stoppen van de bestraling zullen de atomen weer terugvallen in hun evenwichtssituatie, waarbij energie vrijkomt. Deze vrijkomende energie is te meten. Om nu een beeld te kunnen construeren - wat eigenlijk inhoudt het verkrijgen van inzicht in de dichtheid van de aangeslagen atomen in een x-y-vlak van een bepaalde doorsnede - moet men gradiënten in het magneetveld in de x-, y- en z-richting aanbrengen. Door de instelling van de hoek die de radiostraling met het magneetveld maakt, in combinatie met variatie in de frequentie van de applicatie van de radiostraling ontstaat na computerbewerking een scala aan mogelijkheden tot beeldvorming of spectroscopie¹⁸⁹. De voor beeldvorming toegepaste NMR wordt Magnetic Resonance Imaging (MRI) genoemd, die voor spectroscopie wordt toegepast Magnetic Resonance Spectroscopy (MRS).

In figuur 15 zijn de diverse onderdelen van de NMR schematisch weergegeven.

De bediening van MRI verdient aanvullende scholing. Met name het vervaardigen en interpreteren van de beelden moet worden geleerd (Souhrada, 1989,201). Men kan door manipulatie van zender en ontvanger bepaalde structuren naar voren halen.



Figuur 15: Schema werking MRI.

Historie

NMR (kernspinresonantie) is het eerst waargenomen door Bloch en Purcell in 1946. Daarna heeft de NMR een grote ontwikkeling doorgemaakt. In eerste instantie niet in de medische wetenschap maar in de chemische en fysische hoek. Met behulp van de techniek was het mogelijk om chemische bindingen van stoffen te onderzoeken om zodoende meer inzicht te verkrijgen in de molecuulstructuur van de onderzochte stof. Deze techniek heet MR-spectroscopie. De NMR-beeldvorming (MRI) is voor het eerst beschreven door Lauterbur in 1973. Daarna zijn de mogelijkheden voor toepassing in de medische wetenschap door verschillende groepen in met name Engeland en Amerika bestudeerd. In 1981 werden de eerste apparaten voor klinisch gebruik geïnstalleerd¹⁹⁰.

Na deze introductie is de verspreiding van deze apparatuur begonnen. In vrijwel alle landen is deze verspreiding in snelheid achtergebleven bij de verspreiding van CT (Steinberg, 1985,184). Als verklaringen voor dit achterblijven worden klinische, technische, economische en beleidsmatige redenen aangegeven¹⁹¹. Het onderzoek in de jaren negentig spitst zich toe op de bruikbaarheid van MRS in combinatie met MRI. Als men een combinatie tussen deze twee weet te realiseren dan wordt het mogelijk om inzicht te krijgen in de distributie van de diverse chemische verbindingen in het lichaam, wat weer de mogelijkheid geeft om het metabolisme van de zichtbaar gemaakte weefseltypen te onderzoeken. Deze inzichten in het metabolisme kunnen leiden tot een beantwoording van onopgehelderde vragen, bijvoorbeeld op het gebied van de oncologie. Tot op heden is een dergelijke koppeling nog nauwelijks uitvoerbaar en is de klinische relevantie nog onduidelijk en beperkt.

De introductie in Nederland

In het voorjaar 1983 had het ministerie van O&W een aantal aanvragen voor het aanschaffen van apparatuur ontvangen. Dit had te maken met het feit dat de geluiden vanuit het buitenland aangaande de mogelijkheden van MRI zeer hoopgevend waren, en de medische professie de gelegenheid wilde hebben de apparatuur uit te testen en een beeld te krijgen van haar mogelijkheden in de klinische en poliklinische setting. Met de problematiek van de spreiding van CT-scanners nog vers in het geheugen, besloten O&W en WVC een beheerst introductiebeleid van te formuleren¹⁹². Dit beleid hield in hoofdlijnen in dat de aanvragers werd gemeld dat voorlopig geen instemming kon worden verwacht. Men wilde het advies van de GR afwachten. Alleen het AZL kreeg toestemming, omdat zij reeds met Philips Medical Systems een samenwerkingsovereenkomst hadden gesloten voor het gezamenlijk uitvoeren van een onderzoeksproject. Onderdeel van die overeenkomst was een MRI-apparaat, dat reeds in het AZL stond opgesteld.

Het besturenoverleg van de academische ziekenhuizen werd gevraagd de reeds bij de ministeries binnengekomen aanvragen te coördineren¹⁹³ en aan te sporen tot terughoudendheid. Nog in 1983 meldde voornoemd overleg dat men daartoe niet in staat is.

In januari 1984 verschijnt het interimadvies van de GR over MRI. Hierin wordt geconcludeerd dat MRI een veelbelovende techniek is en dat Nederland niet achter kan blijven. Met name wijst de GR op de mogelijkheden van de spectroscopie.

Deze schat dat men in Nederland drie centra nodig heeft en adviseert deze centra nauw te laten samenwerken door hun activiteiten op elkaar af te stemmen. De GR concludeert dat op die manier een succesvol introductiebeleid kan worden gevoerd.

In maart 1984 herhaalt O&W de mededeling dat het aan instellingen niet is toegestaan uitgaven te doen voor aanschaf en exploitatie van -apparatuur ten laste van de ziekenhuisbegrotingen. In juli 1984 kwam een interne O&W-beleidsnota gereed, getiteld "Introductiebeleid MRI". In deze nota is een passage opgenomen waarin een vergelijking met het CT-introductiebeleid wordt gemaakt:

"...: deze diagnostische ontwikkeling (CT) werd een tiental jaren geleden niet door overheid en gebruikers op een systematische wijze geëvalueerd, waardoor wildgroei het gevolg was en er een onevenwichtige spreiding over de ziekenhuizen plaats had."

Als motivatie voor het beheerste beleid gaf men aan dat de MRI qua investeringen en exploitatie kostbaarder is dan CT en dat daarnaast de financiële ruimte nog krappere was geworden. Dit laatste hield verband met de invoering van de budgettering, waarbij tevens op het centrale budget voor functieverruiming was bezuinigd.

Op grond van deze nota besloot O&W in juli 1984 om naast het AZL ook toestemming te verlenen aan AZVU, AZU en AZG.

Men formuleerde een tweetal randvoorwaarden:

- De inbreng van de universiteiten bij het verrichten van klinisch wetenschappelijk onderzoek moest worden gegarandeerd.
- Er moest een plan worden opgesteld waarin de wijze van samenwerking als mede de taakverdeling tussen de vier universiteiten met betrekking tot het onderzoek werd uiteengezet¹⁹⁴.

Om tegemoet te kunnen komen aan deze randvoorwaarden werd in september 1984 het "Landelijk Overlegorgaan NMR" (LOM) opgericht. Hierin zaten vertegenwoordigers van de vier genoemde academische ziekenhuizen en het Rijksinkoopbureau. Het beschikte over een landelijke coördinatiegroep die bestond uit onderzoekers van de betrokken universiteiten. Deze groep heeft zich beziggehouden met het opstellen van het plan voor onderzoek en patiëntenzorg met de MRI.

Het LOM presenteerde in maart 1985 het rapport "NMR-AZ", wat als ondertitel meekreeg:

"Een landelijk plan voor samenwerking en taakverdeling bij de introductie en het gebruik van NMR¹⁹⁵-apparatuur in academische ziekenhuizen in Nederland."

Hierin werd aandacht besteed aan de indicatiegebieden, de verdeling van de capaciteit van de apparatuur over patiëntenzorg en onderzoek en aan de investerings- en exploitatielasten. Tot slot wordt een pleidooi gehouden voor het verrichten van een evaluatieprogramma¹⁹⁶.

Ondertussen bracht het CvZ in oktober 1984 ongevraagd advies uit over MRI. Het CvZ stelde voor om deze KMT onder de werkingssfeer van artikel 18 te brengen om zodoende een landelijk spreidingsbeleid te kunnen bewerkstelligen. Zij voegden daaraan toe dat zolang MRI zich in een experimenteel stadium bevindt volstaan kon worden met het toepassen van artikel 17 WTG. Dit artikel verbiedt de aanschaf niet direct maar indirect door expliciete toestemming tot declaratie te verlangen van het COTG. Geen toestemming betekent dat men niet kan declareren en derhalve niet kan exploiteren.

In maart 1985 werd overleg gepleegd met O&W en WVC over het LOM-rapport. Tijdens dit overleg bleek dat het rapport voor de ministeries in grote lijnen aanvaardbaar was, echter dat realisatie ervan afhankelijk was van de financiële mogelijkheden. Na deze bespreking werd centraal en regionaal overleg gevoerd met de financiers, wat resulteerde in een besluit van O&W en WVC tot het verlenen van toestemming tot het exploiteren van een MRI door de vier voornoemde instellingen, echter wel onder drie voorwaarden:

- De vier instellingen dienen zich te baseren op het taakverdelingsplan, zoals dat door het Landelijk Overleg Orgaan MRI is opgesteld.
- De volksgezondheidsbudgetten dienen via het COTG tot stand te worden gebracht, op basis van de planbeslissingen over functieverruiming.
- De betrokken universiteiten en academische ziekenhuizen dienen hun medewerking te verlenen aan het evaluatieonderzoek dat van start zal gaan.

De uitdrukkelijke wens tot het uitvoeren van een evaluatieonderzoek is waarschijnlijk ingegeven door de problemen die men heeft gehad met de introductie van de CT.

Begin 1985 wordt moeizaam overleg gevoerd tussen de ziektekostenverzekeraars, O&W en WVC over het deel van exploitatiekosten van door partijen.

Uiteindelijk wordt bereikt dat de ziektekostenverzekeraars de helft van de exploitatiekosten voor hun rekening nemen.

In april 1986 rondde O&W en WVC de besluitvorming rond de introductie van in Nederland formeel af richting de vier centra.

Beschouwing van het introductiebeleid

In 1986 wordt aan Kassenaar (1987,558)¹⁹⁷ door WVC en O&W gevraagd het introductiebeleid te evalueren. In december 1987 verschijnt het rapport. In dit rapport wordt op een systematische wijze het introductiebeleid geanalyseerd. De belangrijkste conclusies zijn:

- Een doorlooptijd van vier jaar is lang te noemen. Deze is mogelijk te verklaren op grond van de volgende argumenten:

Het ministerie was niet goed op de hoogte van de komst van de nieuwe ontwikkeling. (Inmiddels besteedt de GR meer expliciet aandacht aan deze surveillancefunctie door middel van het uitbrengen van jaaradviezen.)

Het ontbreken van een vooraf afgesproken set spelregels om met nieuwe ontwikkelingen om te gaan¹⁹⁸.

- Kassenaar constateert dat in afwachting van meer duidelijkheid de instellingen niet voortvarend aan de slag zijn gegaan.

Met het oog op met name de financiële onduidelijkheid werden op voorhand geen investerings- en exploitatiestudies uitgevoerd. Dit risicomidgend gedrag leidt tot een inhaalslag op het moment dat de besluitvorming afkomt¹⁹⁹.

- De samenwerking tussen de instellingen heeft een informeel karakter gehouden, maar is wel effectief gebleken. Gelet echter op de grote verschillen in onderzoekslijnen tussen de vier centra, had de samenwerking meer het karakter van het uitwisselen van informatie.

- Het gegeven dat de ministeries zijn afgeweken van het advies van de GR en vier centra in plaats van drie aan te wijzen heeft voor de introductie van in Nederland stimulerend gewerkt.
- Het beleid van het ministerie van Economische Zaken ten aanzien van de aankoop van apparatuur heeft ervoor gezorgd dat 3 van de 4 MRI's bij Philips vandaan kwamen. Bij de introductie van een nieuwe technologie is het minder verstandig om te veel nadruk te leggen op het nationaal industrieel produkt, maar meer te kijken naar welke bedrijven allemaal op de markt opereren en de keuze daarop te baseren. Dus verschillende merken aan te schaffen. Tijdens de evaluatie wordt dan duidelijk aan welke specificaties men waarde hecht, zodat ook de nationale firma's daar hun voordeel mee kunnen doen.

Met betrekking tot de financiering constateert Kassenaar erop dat er door de vier centra²⁰⁰ een beroep is gedaan op het revolving fund van de functieverruiming. Dit zijn gelden die voor 3 jaar op grond van een goed onderbouwd onderzoeksvoorstel aan een instelling worden toegekend. Na 3 jaar vervalt de subsidie en moet de instelling hetzij het project staken, hetzij reeds tot overeenstemming zijn gekomen met de financiers over de vervolgfinanciering²⁰¹.

Uitbreiding van de capaciteit

MRI heeft tijdens het introductieproces zichzelf bewezen als diagnostisch instrument dat een plaats verdient naast de CT.

De vraag die dan gesteld kan worden, is: Met hoeveel apparaten dient de capaciteit te worden uitgebreid? Het is opmerkelijk dat Kassenaar aangeeft dat voor de behoeftebepaling eigenlijk een MTA zou moeten worden verricht, maar dat hiervoor het aantal gegevens te gering zou zijn en de doorlooptijd van een MTA te lang²⁰². Van Voorthuisen (1989,518) bevestigt dit, maar voegt er tevens aan toe dat het moeilijk is een MTA te maken van een zich nog zeer snel ontwikkelende techniek. Kassenaar is van oordeel dat inlopen van de achterstandspositie van Nederland met betrekking tot het aantal MRI apparaten gerelateerd aan het aantal inwoners een belangrijke stimulans is om de capaciteit uit te breiden.

Een tweede stimulans is dat MRI zich als universeel diagnosticum heeft bewezen, ondanks erkende nadelen als de lange periode waarin de patiënt stil²⁰³ dient te blijven liggen en de relatieve onbruikbaarheid in acute situaties. In 1991 zou in Nederland ten minste 1 MRI per miljoen inwoners moeten zijn opgesteld, waarbij bij de plaatsing voorrang dient te worden gegeven aan de academische centra. Voor opstelling in niet-academische centra wordt als randvoorwaarde gesteld dat deze in elk geval moeten beschikken over afdelingen Neurologie, Neurochirurgie, Oncologie, Radiotherapie en Orthopedie in combinatie met een goed functionerende afdeling Radiodiagnostiek. Tot slot wordt in het evaluatierapport een suggestie voor een spreidingsplan gedaan, uitgaande van de diagnosenregistratie van het SIG. Op deze benadering is kritiek te leveren, omdat uitsluitend de ontslagdiagnosen worden geregistreerd. Helaas ontbreekt in Nederland een registratie van de opnamediagnosen. Tot slot constateert Kassenaar dat een kosten-effectiviteitsanalyse niet is verricht.

O&W en WVC besluiten het rapport-Kassenaar in grote lijnen over te nemen en stellen de capaciteit vast op 12 apparaten. Eind 1989 zijn er 10 geplaatst, te weten 8 in de academische ziekenhuizen en 2 in grote niet academische ziekenhuizen.

Er ligt geen spreidingsplan aan de verdeling ten grondslag, en eind 1989 kondigden 14 ziekenhuizen aan apparaten te gaan aanschaffen. De ziektekostenverzekeraars hebben hierop terstond gereageerd en aan de ziekenhuizen om een spreidingsplan gevraagd, dit laatste vanwege de afwezigheid van een landelijk spreidingsplan. Het is nog onbekend wat de ziekenhuizen nu gaan doen. Wel is duidelijk dat zij opteren voor mobiele apparatuur, omdat op die manier de hoge aanschaffkosten kunnen worden gespreid en de apparatuur, ondanks het efficiëntieverlies dat optreedt door het vervoer, rendabel kan worden geëxploiteerd.

In het veldonderzoek is in de regio Stedendriehoek, waar een aantal van de 14 ziekenhuizen staat, met name hierop doorgevraagd. Men vertelde dat de motivatie vooral is "het kunnen bieden van een integraal zorgpakket". Men heeft daarom gekozen voor een mobiele opstelling, waarmee voorkomen wordt dat de patiënten ver moeten reizen om een MRI-onderzoek te ondergaan. Daarnaast speelt een rol dat men graag deze techniek zelf wil kunnen uitvoeren en interpreteren en niet afhankelijk wil zijn van de grote ziekenhuizen²⁰⁴. Men signaleert namelijk dat als men patiënten doorstuurt voor een MRI-onderzoek, men deze soms kwijtraakt.

Naar dit frequent naar voren gebracht fenomeen is weinig tot geen objectief onderzoek verricht²⁰⁵. Bij doorvragen bleek dat niet alleen de mogelijkheid tot het leveren van een integraal zorgpakket maar ook de verhoging van het aanzien van het ziekenhuis een belangrijke rol speelt²⁰⁶.

De radioloog Vencken (1990,183) schrijft dat de aanschaf van MRI-apparatuur achterblijft bij de vraag naar dergelijke voorzieningen. Hij ziet een duidelijke overlap met de geschiedenis van de CT. De CT-planning is zijns inziens te lang onderwerp geweest van centrale planning ex artikel 18 WZV. De theorie van centrale planning wordt tevens bij MRI toegepast.

Hij wijst erop dat de CT grotendeels kan worden vervangen door de MRI en dat men nu beter kan investeren in MRI. Hij pleit er dan ook voor om de aanschaf van CT te beperken ten gunste van de aanschaf van MRI. Hij wil dit bereiken door de kostenvergoeding en de honorering voor CT-onderzoek te verminderen ten gunste van de MRI-onderzoeken, waardoor de ziekenhuizen worden gestimuleerd een MRI aan te schaffen in plaats van een CT. Hier wordt de mijns inziens klassieke fout gemaakt door uit te gaan van outputfinanciering in plaats van inputfinanciering.

Dit voorbeeld versterkt nog eens de visie op het denken van de medici over de aanwending van KMT. Uit andere artikelen (Kent, 1988,548; Cooper, 1988,547; Van Voorthuisen, 1989,518) blijkt dat de MRI voor een klein gedeelte ander onderzoek kan vervangen, maar op dit moment nog het meest wordt toegepast als aanvulling op ander onderzoek. Deze bewering ondergraaft Vencken's stelling over verregaande substitutie. Ook de CT heeft nauwelijks aanleiding gegeven tot substitutie²⁰⁷.

De commissie Topklinische Zorg (1990,590) zegt over de MRI dat deze functie niet onder artikel 18 behoeft te worden gebracht, omdat de overheid reeds heeft ingestemd met plaatsing in de AZ'en en in de twee oncologische topcentra. Aanschaf door andere dient tot stand te komen via reallocatie binnen het budget.

Om de ontwikkeling van het beleid inzake spreiding van MRI te kunnen overzien dient het volgende tijdsschema:

Datum	Gebeurtenis
1982	Eerste MRI-apparaat wordt in de VS geplaatst.
1983	AZ'en vragen O&W toestemming om tot aanschaf en exploitatie van MRI over te mogen gaan.
1983	O&W en WVC formuleren een introductiebeleid en vragen GR om advies. Tevens brengen zij de AZ'en op de hoogte dat er niet ingestemd kan worden met hun plannen, behoudens het AZL dat in samenwerking met een industrie reeds een MRI operationeel had.
1983	Het besturenoverleg van de AZ'en meldt het ministerie desgevraagd geen mogelijkheid te hebben om een coördinerende functie in het aanschafbeleid te vervullen.
1984	Interimadvies GR concludeert dat er ten minste 3 MRI-centra nodig zijn, wil Nederland de internationale ontwikkelingen bij kunnen houden. Tevens wijst hij erop dat de drie centra met elkaar samen dienen te werken op het gebied van onderzoek.
1984	O&W wijst Leiden, Amsterdam VU, Utrecht en Groningen aan om plannen met betrekking tot de aanschaf en exploitatie van MRI te ontwikkelen. Dit leidt ertoe dat de betrokken instellingen het landelijk overlegorgaan MRI oprichten.
1984	WVC verklaart het Besluit Bijzondere rechtshandelingen WTG ex artikel 17 van kracht, waardoor de kosten van aanschaf en exploitatie pas in een tarief mogen worden verwerkt als het COTG toestemming heeft gegeven.
1985	Het Landelijk Overlegorgaan MRI biedt "het landelijk plan voor samenwerking en taakverdeling aan O&W en WVC aan.
1985	De ministeries aanvaarden het plan.
1985	Overleg tussen de ziektekostenverzekeraars en O&W en WVC leidt ertoe dat de verzekeraars 50% van de exploitatiekosten voor hun rekening nemen.
1986	O&W en WVC besluiten tot het laten uitvoeren van een evaluatieonderzoek.

Datum	Gebeurtenis
1988	WVC en O&W accepteren de uitkomsten van het rapport, waardoor er 8 nieuwe MRI apparaten kunnen worden geplaatst. MRI komt niet onder artikel 18 te vallen.
1989	10 MRI staan er totaal in Nederland opgesteld (8 in AZ'en, 2 in categoriale ziekenhuizen ²⁰⁸).
1989	14 ziekenhuizen dienen aanvraag voor aanschaf MRI in. Mogelijkheden van mobiele MRI wordt door deze ziekenhuizen tevens onderzocht.
1990	Commissie Topklinische Zorg (1990,590) stelt voor om MRI niet alsnog te laten ressorteren onder het regime van artikel 18 WZV.
1990	De 14 ziekenhuizen schaffen gezamenlijk mobiele MRI-apparatuur aan.

Orderingskader

Als we de bestudeerde literatuur toetsen aan het orderingskader, ontstaat het volgende beeld.

Rationele besluitvormingsmodellen

Er is geen gebruikgemaakt van rationele theorieën. Toch is hier wel gebruikgemaakt van een rationele benaderingswijze. Men wilde een herhaling van het beleid rond spreiding van CT voorkomen, en er werd besloten om van meet af aan restrictief op te treden en een introductiebeleid af te spreken. Deze rationele benadering is in feite risicomijdend gedrag, wat echter wel effect heeft gehad.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Wanneer we het hele proces in ogenschouw nemen, kunnen we constateren dat er bij het MRI-beleid het satisficing-search-model is gehanteerd, echter, zoals hiervoor reeds vermeld, wel aangevuld met rationele elementen. Het was op voorhand min of meer duidelijk dat men in de beginfase artikel 18 niet wenste toe te passen. Men is toen op zoek gegaan naar een passend alternatief. Dit is uiteindelijk gevonden in de WTG.

PAR-model

PAR is door twee partijen toegepast. De medici die een nieuw diagnosticum op basis van de eerste berichten reeds een aanwinst voor de medische wetenschap en voor de patiëntenzorg noemden.

De overheid die in tegenstelling tot het initiële beleid bij de CT welhaast terstond een introductiebeleid afkondigde, omdat men een herhaling van het CT-beleid wilde voorkomen²⁰⁹.

Medical Technology Assessment

Er is een evaluatie van het introductiebeleid uitgevoerd, die qua uitvoering gezien zou kunnen worden als een vorm van MTA. Echter de uitvoering en opbouw zijn nauwelijks met het MTA-onderzoek zoals dat nu gebruikelijk is, te vergelijken.

Planningstrategie

In het voorbeeld van de MRI is sprake van allocatieve planningstrategie op basis waarvan een restrictief toelatingsbeleid is gevoerd, waarbij geen gebruik is gemaakt van artikel 18-WZV. Toepassing van dit artikel lag voor de hand, echter, gelet op de slechte ervaringen daarmee bij de CT heeft men gebruikgemaakt van een indirect instrument, namelijk artikel 17 WTG.

Sturingsfactoren voor planning

Er zijn politieke en inhoudelijke sturingsfactoren gehanteerd. De politieke sturingsfactoren zijn te vinden bij het LOM, het evaluatierapport van Kassenaar en daaropvolgende besluitvorming. Bij de introductie van de MRI wisten de medici alleen dat door toepassing ervan een geweldige hoeveelheid extra diagnostische informatie kon worden vergaard. Men realiseerde zich echter ook dat het een geheel nieuwe technologie betrof, waarmee men eerst moest leren omgaan²¹⁰. De medici realiseerden zich tevens dat het wellicht beter was dit leerproces in enkele centra te concentreren.

De inhoudelijke factor stuurde dus in lijn met de politieke factor: langzaam.

Beïnvloedingssystemen

Door de medici is gebruikgemaakt van het lording-systeem en van het expertisesysteem, omdat ook hier wederom is gesteld dat de patiëntenzorg zal verarmen als men niet op een redelijke schaal kan beschikken over het nieuwe diagnosticum. Daarnaast is het systeem van empire building gehanteerd, omdat met name de radiodiagnosten hun "empire" zagen groeien, na eerst de CT succesvol te hebben geïntroduceerd, en nu graag hetzelfde zouden willen met de MRI. De directie werd op deze manier onder druk gezet. Echter, toen men zich realiseerde wat voor extra kennis er nodig was om de apparatuur te bedienen, is dit aanvankelijke enthousiasme om in een groot aantal centra dergelijke apparatuur neer te zetten enigszins getemperd.

De informatievoorsprong van de medici op de ambtenaren was ook bij de introductie van de MRI aanzienlijk.

Bij de introductie van de MRI is nauwelijks gebruikgemaakt van pressure campaigns. De ziekenhuizen hebben op verzoek van de ministeries zelf een introductiebeleid geformuleerd. Tevens hebben de medici genoeg genomen met een beperkt aantal MRI apparaten voor een relatief lange tijd. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de medici niet al te kort voor de introductie van MRI zich sterk hadden gemaakt voor de introductie en verspreiding van de CT. De CT was op een aanvaardbare schaal verspreid en men kreeg ervaring in de toepassing van de techniek. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de MRI-techniek ingewikkelder is en meer opleiding en kennis verdient, alvorens de apparatuur met redelijk rendement kan worden gehanteerd.

Echter eind jaren tachtig blijkt dat met name de radiologen ervoor pleiten meer MRI apparaten te plaatsen, en enkelen willen daarvoor zelfs genoeg nemen met minder CT-apparatuur²¹¹. De voorzichtige conclusie kan hieruit worden getrokken dat geconstateerd kan worden dat de CT een standaardprocedure is geworden en dat men klaar is voor iets nieuws.

Spanningsvelden in in- en externe samenwerkingsrelaties

Vanwege het feit dat de ziekenhuizen die tijdens het introductiebeleid een MRI mochten aanschaffen onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat zij samen zouden werken op het gebied van onderwijs en onderzoek. Deze samenwerking hield met name in dat het onderzoek op elkaar werd afgestemd. Op papier zat de samenwerking redelijk in elkaar.

In de praktijk bleken er echter afstemmingsproblemen op te treden, waardoor de samenwerking slechts voor een gedeelte kon worden gerealiseerd.

4.7.4 NIERSTEENVERGRUIZING

De techniek

De derde spreidingscasus betreft de niersteenvergruizer²¹² (NLT).

De techniek "niersteenvergruizing" is uit drie technieken opgebouwd:

- De techniek waarmee de schokgolf wordt opgewekt die uiteindelijk verantwoordelijk is voor het vergruizen van de steen.
- De techniek om in de voorbereidende fase van de behandeling de steen zichtbaar te maken en zijn positie in het lichaam nauwkeurig vast te stellen²¹³.
- De techniek die nodig is om de patiënt in een zodanig positie te brengen dat de schokgolven de steen maximaal kunnen raken²¹⁴.

De schokgolven kunnen op verschillende manieren worden opgewekt. Bij sommige opwekkingsmethoden²¹⁵ is het noodzakelijk dat de patiënt in een waterbad wordt geplaatst. De schokgolf geeft zijn energie af op het moment dat hij een ander medium penetreert, in dit geval een steen. Het menselijk lichaam kan gelijk gesteld worden aan water. Het eerste andere medium dat de schokgolf bij een goede positionering tegenkomt, is de steen.

Nadat de patiënt een NLT-behandeling heeft ondergaan, blijft er gruis achter. Dit gruis wordt door de patiënt uitgeplast. Nu kan het voorkomen dat niet alle stenen totaal vergruisd kunnen worden. In dat geval zijn meerdere²¹⁶ behandelingen noodzakelijk of dient aanvullend op operatieve²¹⁷ wijze te worden ingegrepen.

Historie

Zoals bij vele innovaties het geval is, is ook het principe van de NLT bij toeval ontdekt. Dornier Systeme GmbH had in het kader van het lucht- en ruimtevaartonderzoek een onderzoekslijn naar de effecten van schokgolven op vliegtuigen. In 1966 ondervond een ingenieur van de effecten van schokgolven op zijn lichaam. Hierdoor werd de mogelijkheid tot een medische toepassing ontdekt.

In 1974 startte daartoe een researchproject naar de toepasbaarheid van schokgolven bij het vergruizen van nierstenen.

In 7 jaar tijd ontwikkelden Chaussy c.s. in nauwe samenwerking met Dornier de eerste niersteenvergruizer. Tussen 1980 en 1982 werden de eerste 220 patiënten experimenteel behandeld zonder complicaties. De eerste niersteenvergruizer ten behoeve van patiëntenzorg werd in 1983 in de Bondsrepubliek geplaatst. Een jaar later besluit de FDA toestemming te geven voor plaatsing van NLT in Amerika. In 2 jaar tijd worden er 135 NLT's in de VS geplaatst. Al gauw verschijnen andere firma's op de markt, die andere opwekkingsmethoden²¹⁸ toepassen. Dornier rekende voor de eerste NLT 4,5 miljoen gulden. Na enige tijd kon de concurrentie NLT's aanbieden voor gemiddeld 2,5 miljoen gulden.

De eerste NLT's werden toegepast voor nierstenen, echter, men onderzoekt of het mogelijk is om ook galstenen, prothetisch materiaal en tumoren te vergruizen. De meest vergevorderde ontwikkeling op dit moment is de galsteenvergruizing (Terpstra c.s., 1988,205).

De introductie in Nederland

De NLT werd terstond na het bekend worden van de eerste resultaten met groot enthousiasme begroet. De urologen voorzagen een grote toekomst voor de techniek en spraken over de mogelijkheden van substitutie van de operatieve²¹⁹ technieken door NLT. De niersteenpatiënten werden van oudsher bij symptomen geopereerd.

De eerste verzoeken tot het installeren van een NLT dateren van 1982 en zijn afkomstig uit de AZ'en. Het ministerie van O&W reageert afwijzend, onder verwijzing naar het feit dat de NLT nauwelijks onderwijs- c.q. onderzoeksaspecten heeft. Het is een patiëntenzorginstrument en voor die activiteit vallen de AZ'en onder het ministerie van WVC. WVC is echter van mening dat het een nieuwe techniek is waarvan de waarde nog niet vaststaat. De waarde van de NLT dient in de AZ'en te worden onderzocht. WVC verwijst derhalve terug naar O&W.

De Nierstichting toont interesse in de NLT en overweegt, gelet op de afwijzende houding van de ministeries, de eerste NLT voor te financieren. Echter de vraag die dan terstond aan de orde komt is: Waar moet de eerste NLT worden opgesteld? Hiertoe treedt de Nierstichting in overleg met de hoogleraren urologie. Deze groep is onderling verdeeld en kan niet tot consensus komen. Vervolgens wendt de Nierstichting zich tot het Samenwerkingsverband Academische Ziekenhuizen en haar bureau (BAZ) met dezelfde vraag.

Het BAZ gaat te rade bij de directies van de AZ'en. Na consultatie adviseert het BAZ uit te gaan van minimaal 4 vergruizers en de eerste NLT te plaatsen in Dijkzigt. Dan ontstaat er een probleem, omdat de Nierstichting slechts wil voorfinancieren. De ziektekostenverzekeraars willen echter niet toestaan dat een AZ rente en afschrijving in rekening brengt. Vervolgens weigert O&W deze posten te financieren. Nadat de Nierstichting heeft toegestemd de voorfinanciering om te zetten in een éénmalige schenking, geeft O&W toestemming om de eerste NLT in Dijkzigt te plaatsen. O&W en WVC zijn unaniem van mening dat voordat kan worden overgegaan tot het plaatsen van meerdere NLT's er een medisch-technische en financiële evaluatie van de eerste NLT voorhanden dient te zijn. De urologen zijn echter van mening dat in medisch opzicht de waarde van de NLT reeds bewezen is. Zij beschouwen een medische evaluatie dan ook als overbodig. Daarnaast vinden zij een gerandomiseerde trial om de effectiviteit c.q. de waarde van een NLT-behandeling af te zetten tegen de effectiviteit van de bestaande behandelingen zelfs onethisch. Dit is een duidelijk voorbeeld van de reeds bij de andere twee cases gesignaleerde klassieke fout. Men gaat er na de eerste hoopvolle berichten al vanuit dat het een zo goede methode is dat nadere evaluatie onethisch is!

De eerste NLT wordt in maart 1985 in het Dijkzigt ziekenhuis te Rotterdam in gebruik genomen.

Overheidsbeleid inzake de spreiding van NLT

Na de plaatsing van de eerste NLT vraagt WVC de GR om advies inzake het aantal benodigde NLT's in Nederland. In 1986 brengt de GR advies uit waarin deze uitgaat van een vraag van 3000 behandelingen per jaar. De GR concludeert dan ook dat 2 à 3 apparaten voldoende zijn om aan deze vraag te kunnen voldoen. Dit is derhalve een minder groot aantal dan door de BAZ is voorgesteld. Het BAZ-advies mist echter de expliciete onderbouwing.

De urologen bekritisieren het GR-advies door erop te wijzen dat de GR is uitgegaan van achterhaalde gegevens²²⁰.

Reeds in 1983, nadat de eerste successen²²¹ met de NLT werden gemeld, heeft de VNZ²²² er bij de staatssecretaris op aangedrongen om een ongebreidelde spreiding van NLT te voorkomen.

Om nu het aantal NLT in Nederland te reguleren, stelt de VNZ voor om, gelet op de door de medici aangevoerde mogelijkheden van substitutie van chirurgische ingrepen door NLT, alsmede de daardoor ontstane besparingen, een budgetoverheveling toe te passen. WVC wordt gevraagd om een aanwijzing te geven op basis van artikel 14 WTG. Door toepassing van dit artikel worden alle ziekenhuisbudgetten gekort teneinde gelden vrij te maken om NLT te kunnen realiseren en wellicht daarenboven een besparing mogelijk te kunnen maken. Op zich een logische gedachte, echter, het COTG is daar fel op tegen, omdat het geen verfijnde methode is, en dus eveneens ziekenhuizen die geen behoefte hebben aan een NLT, zouden worden gekort. WVC ziet vervolgens af van een dergelijke aanwijzing²²³.

De staatssecretaris heeft in 1983 verklaard een tijdelijke regeling krachtens artikel 18, alsmede een adviesaanvraag aan de GR in het vooruitzicht te stellen. In 1985 na de plaatsing van de eerste NLT bleek dat artikel 18 in geen enkele vorm voor NLT van kracht was verklaard.

Na het advies de GR besluit de staatssecretaris in 1987 om artikel 18 niet van kracht te verklaren voor de NLT. Hiervoor kunnen enkele verklaringen worden gegeven:

- De ministeries hadden geëist dat de eerste NLT aan een medisch, technisch en financieel evaluatieonderzoek zou worden onderworpen²²⁴.
- Op dat moment was artikel 18 nog niet van toepassing op de AZ'en.
- De bestaande artikel-18-voorzieningen zorgden reeds voor een overbelasting van de desbetreffende WVC-afdeling.

Als gevolg van dit besluit ontstond de situatie dat elk ziekenhuis in principe een NLT kon aanvragen mits het de financiering binnen het eigen budget kon verantwoorden. Het door WVC in 1985 geëiste evaluatieonderzoek vindt niet plaats.

Lock c.s. (1988,205) evalueren de eerste 3464 behandelingen die in het AZR in de periode 1985 - 1987 zijn uitgevoerd. Lock concludeert dat een behandeling met de NLT voor concrementen kleiner dan 2,5 cm de voorkeur heeft boven chirurgische behandelingen²²⁵. Een financiële evaluatie is niet verricht.

Jennet (1986,555) hekelt het feit dat er geen evaluatieonderzoek is verricht naar de niersteenvergruizer en dat men is afgegaan op beschrijvend klinisch onderzoek. Zijns inziens is men er te snel vanuit gegaan dat er een goede (NLT) en een slechte methode (operatie) is zonder dat "netjes" uit te zoeken.

In de tussentijd is er een aantal niersteenvergruizers bijgekomen, en eind 1988 wordt de volgende situatie aangetroffen:

- 2 mobiele commerciële NLT's
- 2 mobiele door een consortium van ziekenhuizen beheerde NLT's
- 5 centrum NLT's geplaatst.

In 1988 zijn 7500 NLT-behandelingen verricht. Dit zijn er maar liefst 150% meer dan vermeld stonden in de adviesaanvraag van de GR. Zelfs in de Tweede Kamer leidt dit tot vragen. Men vreest onnodig en ondoelmatig gebruik. De staatssecretaris verdedigt zich door te wijzen op het gebrek aan inzicht dat op het moment van introductie bestond. Tevens wijst hij op het feit dat het vergruizen van nierstenen reeds routine is geworden en dat door aanpassing van de tarieven misbruik kan worden voorkomen (1989,204).

Mogelijke verklaringen zijn:

- Er zijn niet 2 tot 3 machines maar 8 in bedrijf:
De ministeries hadden er niet op gerekend dat de prijzen van de NLT's zo in prijs zouden zakken, waardoor de NLT binnen het bereik van meer ziekenhuizen kon komen.
Men had geen rekening gehouden met de opmars van de mobiele NLT.
- De indicatie is verruimd naar patiënten met asymptomatische nierstenen²²⁶.
- Door de toepassing van machines met een lager vermogen is het aantal behandelingen toegenomen.
- Voor operatie wordt eerst een NLT behandeling gegeven.

- Door de schijnbaar toenemende vraag wordt ook het aanbod vergroot en vice versa:

Schijnbaar doordat er sprake is van een inhaaleffect (behandeling van alle symptomatische en asymptomatische patiënten) Hierna zal er dus sprake zijn van overcapaciteit.

- Het tarief dat voor een NLT door de specialist in rekening mocht worden gebracht, was hetzelfde als in rekening mocht worden gebracht voor een operatieve ingreep, waardoor het lucratief werd om veel NLT behandelingen te verrichten:

Door VNZ & KLOZ is in 1988 een verzoek gericht tot het COTG om een apart(lager) tarief voor NLT behandelingen vast te stellen. Het effect van een lager tarief zou weleens tot gevolg kunnen hebben dat er meer verrichtingen zouden worden gemaakt teneinde er niet in honorering op achteruit te gaan.

Dit laatste punt wordt door sommige als belangrijkste gezien.

De Bruyne (1990,641) wijst erop dat er niet vanuit patiëntenbelang zoveel NLT's zijn aangeschaft maar meer uit prestigeoverwegingen en op emotionele gronden. Hij verwijt zijn eigen beroepsgroep (urologen) daaraan te hebben meegewerkt. Tot slot wijst hij echter op de hierna nog te bespreken mogelijkheden van vergruizing van andere ongerechtigden in het lichaam.

Om nu de verschillende punten uit het beleid overzichtelijk op een rij te zetten, is hiernavolgend tijdschema gemaakt:

Datum	Gebeurtenis
1980	Behandeling eerste patiënt met een NLT (in BRD).
1982	Gunstige resultaten van de behandeling van 220 patiënten (in BRD).
1983	VNZ stuurt brief aan staatssecretaris WVC met verzoek ongebreidelde spreiding te voorkomen.
1983	Staatssecretaris WVC stelt adviesaanvraag GR en tijdelijke regeling artikel 18 in het vooruitzicht.
1983	AZ'en polsen ministerie of het een investering in een NLT wil bekostigen >> O&W reageert afwijzend.
1983	Nierstichting is bereid het eerste apparaat voor te financieren en vraagt de hoogleraren urologie in Nederland naar de meest geschikte locatie.
1983/1984	De hoogleraren komen niet tot een eensluidend oordeel en de Nierstichting wendt zich tot het BAZ.
1984	BAZ is van mening dat om de behoefte te dekken er ten minste 4 apparaten dienen te worden geplaatst, en wijst het Dijkzigt te Rotterdam als eerste locatie aan.
1984	O&W stemt toe, echter alleen als Dijkzigt zelf voor de benodigde financiën zorgdraagt >> De Nierstichting verandert de voorfinanciering in een schenking. Als aanvullende eis formuleert O&W dat er een medisch, technisch en financieel evaluatieonderzoek moet plaatsvinden, alvorens er meerdere NLT's mogen worden geplaatst.
1985	Plaatsing van de eerste NLT in Dijkzigt.
1985	Artikel 18 is niet van kracht voor NLT; als tarief voor NLT mag het tarief voor operatieve niersteenverwijdering worden gehanteerd.
1986	Aan de GR wordt een advies gevraagd inzake het benodigde aantal vergruizers.
1986	De GR brengt een voorlopig advies uit waarin wordt geraamd dat 2 à 3 apparaten voldoende zijn. In zijn advies gaat deze uit van 3.000 behandelingen.
1987	Staatssecretaris van WVC verklaart artikel 18 niet van toepassing op NLT.

Datum	Gebeurtenis
1987	De eerste mobiele NLT wordt geïntroduceerd in Nederland (samenwerkende ziekenhuizen).
1988	De eerste commerciële mobiele NLT wordt geïntroduceerd.
1988	Eind 1988 zijn 9 NLT's operationeel en zijn er in dat jaar 7500 behandelingen verricht.
1989	Rotterdam krijgt in het kader van ontwikkelingsgeneeskunde gelden om de galsteenvergruizing toe te passen c.q. te onderzoeken.
1990	Begin 1990 beschikt Nederland over 12 NLT's.

Nieuwe mogelijkheden met de vergruizers

Zoals reeds bij de bespreking van de techniek werd opgemerkt kunnen met de vergruizingstechnologie eveneens galstenen, tumoren of prothesen worden vergruisd. Vergunst c.s. en Terpstra c.s. (1988, 205 I&II) beschrijven dat waarschijnlijk 20 - 30% van alle patiënten met galstenen in aanmerking komt voor een behandeling met een vergruizer, echter, hij concludeert tevens dat gelet op de stormachtige ontwikkelingen, een nauwkeurige plaatsbepaling van de galsteenvergruizing in het therapeutisch spectrum van galsteenbehandelingen nog niet is te maken. De vraag is echter of het wel verstandig is de zieke galblaas te laten zitten. In 1989 is door het Dijkzigt-ziekenhuis een aanvraag in het kader van de ontwikkelingsgeneeskunde ingediend om de mogelijkheden van galsteenvergruizing te onderzoeken.

Obertop c.s. en Den Toom c.s. (1990) beschrijven de eerste resultaten van galsteenvergruizing. In beide artikelen wordt erop gewezen dat galsteenvergruizing effectief is bij een smalle patiëntendoelgroep en geen panacee is. De auteurs waarschuwen ervoor dat behandeling van asymptomatische galstenen niet in het voordeel van de patiënt is, en slechts leidt tot verhoging van de kosten van de gezondheidszorg. Deze opmerking is mede geplaatst in het licht van de (te) grote capaciteit aan niersteenvergruizers. Het gevaar is niet denkbeeldig dat ziekenhuizen gaan experimenteren met de mogelijkheden van "hun" NLT.

In feite brengt de galsteenvergruizing een nieuw spreidings- c.q. beheersingsvraagstuk met zich mee.

Orderingskader

Wanneer de alhier beschreven literatuur getoetst wordt aan het orderingskader ontstaat het volgende beeld.

Rationele besluitvormingsmodellen

Er is geen gebruikgemaakt van rationele modellen bij de introductie en spreiding van de NLT.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Bij de introductie van de NLT in Nederland is gebruik gemaakt van een descriptief model.

O&W had een probleem, omdat zij benaderd werd door de AZ'en met het verzoek een NLT aan te mogen schaffen. Zij had daar echter geen geld voor. Toen de Nierstichting zich bereid toonde de eerste NLT te willen voorfinancieren en in tweede instantie zelfs te willen schenken aan een AZ, werd van de kant van O&W instemmend gereageerd. O&W eiste echter wel dat er een medisch, technisch en financieel evaluatieonderzoek zou worden verricht, alvorens er toestemming kon worden gegeven voor plaatsing van meerdere NLT's.

Als dit evaluatieonderzoek zou zijn uitgevoerd zou daarmee een rationele theorie zijn toegepast. Dit echter heeft nooit plaatsgevonden. Er is geen regulering van de spreiding bewerkstelligd. Er kan derhalve worden geconcludeerd dat het satisficing-search-model is toegepast. Toen de Nierstichting wilde betalen, leek het of het probleem voor O&W voorbij was.

PAR-model

In dit geval is gebruikgemaakt van de PAR, omdat men de positieve berichten omtrent de NLT-behandeling direct heeft overgenomen en heeft afgezien van een gerandomiseerd onderzoek naar de werkelijke effecten van de behandeling, wat wellicht tot een meer genuanceerde plaatsbepaling zou hebben geleid. Met name als men ziet dat vergelijkende financiële onderzoeken tussen NLT en percutane niersteenverwijdering soms aangeven dat NLT duurder is²²⁷.

Medical Technology Assessment

Er is geen MTA-onderzoek uitgevoerd maar slechts een evaluatie van het introductiebeleid van de niersteenvergruizer.

Planningstrategie

Bij de spreiding van NLT werd allocatieve planning toegepast.

Er werd geen spreidingsplan opgesteld, maar ziekenhuizen die binnen hun budget ruimte konden maken om een NLT aan te schaffen, kregen daartoe de mogelijkheid. Eigenlijk is hier sprake van indirecte allocatieve planning, omdat er geen rekening wordt gehouden met de mogelijkheid van kostenbeïnvloedende overcapaciteit.

Sturingsfactoren voor planning

Bij de NLT is vooral gebruikgemaakt van maatschappelijke sturingsfactoren. Zo werd met name gewezen op de patiëntvriendelijkheid. Is het echter wel zo patiëntvriendelijk om een patiënt met asymptomatische stenen een kans te laten lopen op iatrogene schade?

Beïnvloedingssystemen

De medische professie heeft gebruikgemaakt van het expertise-systeem en het lording-systeem door erop te wijzen dat het onthouden van de NLT onethisch zou zijn. Daarnaast was het door introductie van de NLT mogelijk voor de urologen aan empire building te doen. Immers, de asymptomatische niersteenpatiënten worden meestal door de huisarts of internist begeleid. In de nieuwe situatie kunnen zij worden doorgestuurd naar de uroloog voor een NLT-behandeling.

De pressure campaign die gehanteerd is, heeft te maken met de ethiek, zoals reeds naar voren kwam. Door op een handige manier erop te wijzen dat een patiëntvriendelijke behandeling door toedoen van de overheid wordt onthouden, kwam de overheid in een moeilijke positie. Daarnaast wees men erop dat gerandomiseerde onderzoeken in dit geval onethisch zouden zijn. Helaas heeft niemand een gerandomiseerd onderzoek verricht, waardoor de werkelijke waarde van de NLT een vraag zal blijven.

Dit laatste is een voorbeeld van de in het veldonderzoek door een enkeling gesignaleerde kracht van het pact patiënt - specialist. Wanneer de medische professie van dergelijke pacts meer gebruik gaat maken, dan wordt het voor overheid en verzekeraars uiterst moeilijk dat te negeren.

4.8 VERGELIJKING VAN HET GEVOERDE INTRODUCTIE- EN SPREIDINGS- BELEID VAN DE DRIE BESPROKEN KMT'EN.

In de vorige subparagrafen is het beleid rond de introductie en spreiding van de CT, MRI en NLT belicht. Teneinde een goede uitgangspositie te hebben voor het opstellen van het spreidingshulpmiddel worden in deze subparagraaf de belangrijkste overeenkomsten en verschillen in een schema neergezet.

Belangrijkste overeenkomsten

- Plaatsing eerste machine zonder dat er een overheidsbeleid of aanzet daartoe ontwikkeld was.
- Demografie (aantallen patiënten die baat zouden kunnen hebben bij de aanschaf van de KMT) wordt nauwelijks in de besluitvorming meegenomen.
- Het substitutie-element is steeds in het begin aanwezig.
- Bij de eerste gedachtenvorming wordt steeds de mogelijkheid van toepassing van artikel 18 overwogen.
- In alle gevallen is op een moment advies gevraagd aan de GR.
- Op de adviezen van de GR wordt de kritiek geuit dat deze is uitgegaan van gedeeltelijk achterhaalde informatie.
- In alle gevallen spreken de medici van een doorbraak voor de patiëntenzorg.
- In alle gevallen worden de indicaties voor toepassing van de techniek in de loop der tijd geruisloos verruimd.
- Financiële consequenties van de toepassing van de techniek zijn niet structureel doorgerekend.
- Ministeries waren bij de eerste aanvragen nauwelijks geïnformeerd over de nieuwe techniek (informatieachterstand).

Belangrijkste verschillen

Item	CT	MRI	NLT
Art. 18	gedurende 5 jaar onder art.18 regime gestaan	geen art.18	geen art. 18
Introductiebeleid	geen introductiebeleid	introductiebeleid geformuleerd	introductiebeleid geformuleerd
Beleidsevaluatie onderzoek	neen	ja	ja
Formeel spreidingsplan	ja	neen	neen
CvZ betrokkenheid	ja	ja	neen
WTG beperkingen toegepast	neen	ja	ja
Ontwikkelingsgeneeskunde	n.v.t.	ja, een gedeelte	neen, wel voor galsteenvergruizing
Extra opleiding vereist	ja, gedegen	ja, gedegen	ja, gering
Extra ondersteunend personeel vereist	neen	ja	neen

Item	CT	MRI	NLT
Bouwkundige aanpassingen	Rö-kamer voldoende	uitgebreide aanpassingen	nauwelijks (soms Rö-kmr.)
Apart tarief	ja	ja	in begin neen, 1990 ja

De ordeningskaders vergeleken

Item	CT	MRI	NLT
Rationele besluitvormings- modellen	neen Wel een ratio- nele benad.	neen Wel een ratio- nele benad.	neen
Descriptieve modellen	ja, muddling through	satisficing search	satisficing search
PAR-model	ja	ja	ja
MTA	neen, niet uitgevoerd	neen, wel eval.	neen, wel evaluatie
Planning- strategie	allocatief	(allocatief)	(allocatief)
Sturings- factoren	inhoudelijk & politiek	inhoudelijk & politiek	inhoudelijk, politiek & maatsch.
Beïnvloe- dings- systemen	expertise, lording	lording, expertise empire building	lording expertise empire bldg.

Toelichting op het schema.

De eerste conclusie die men op basis van het ordeningsschema kan trekken is dat er geen uniforme benadering van overheidswege is gehanteerd bij de introductie en spreiding van de drie voorbeeld-KMT'en.

De tweede conclusie is, dat artikel 18 door zijn starre formulering niet kan functioneren als reguleerder van KMT. De uitvoering is te bureaucratisch, waardoor er achter de feiten aan wordt gelopen. De overheid heeft geleerd van de CT-casus, en heeft vervolgens de artikel 18-procedure niet meer toegepast. Men heeft op grond van die ervaring kennelijk niet gekozen om artikel 18 snel aan te passen. Pas in 1987 is een onderzoek naar artikel 18 verricht, wat heeft geleid tot aanpassingsvoorstellen.

Opmerkelijk is in dit verband dat men bij de MRI en NLT grijpt naar de WTG om de verspreiding te beteugelen. De verklaring hiervoor is dat de WTG-procedure sneller te operationaliseren is.

De derde conclusie is, dat men teneinde in een vroeg stadium reeds op een zekere manier regulerend op te kunnen treden bij de MRI en NLT een introductiebeleid overeenkomt.

Bij de NLT worden echter de afspraken die in het kader van het introductiebeleid zijn gemaakt niet nagekomen.

De invloed van ontwikkelingsgeneeskunde op de beschreven spreidingscases is gering. Voor MRI is echter wel voor de uitvoering van projecten een beroep gedaan op OG, echter op een tijdstip dat de resultaten niet meer konden bijdragen aan het formuleren van een spreidingsbeleid. Bij de NLT is geen OG-onderzoek verricht, omdat men van mening was dat het een patiëntenzorgactiviteit was, die reeds "uit"ontwikkeld was. Voor de galsteenvergruizing is echter wel een OG-project goedgekeurd.

Voor de spreiding van CT en MRI is wel gebruikgemaakt van rationele benaderingen van het vraagstuk van spreiding, bij de NLT echter in het geheel niet.

Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat men de NLT niet als een zodanig omvangrijke nieuwe KMT zag. Immers, in het begin werd ervan uit gegaan dat het toch voornamelijk een apparaat was waarmee nierstenen konden worden vergruisd.

Toen men bij de CT de weg van artikel 18 was ingeslagen, diende deze te worden afgelopen. Hierdoor veranderde de aanvankelijk rationele benadering in een muddling-through-benadering. Bij de beide andere cases is gebruik gemaakt van het satisficing-search-model. (Zie voor meer gedetailleerde uitleg aldaar.)

Bij alle KMT-introducties werd gebruikgemaakt van het PAR-model. Iedere KMT was als het ware op grond van de eerste berichten reeds "het ei van Columbus". Bij welk spreidingshulpmiddel dan ook dient met dit fenomeen rekening te worden gehouden, met betrekking tot de snelheid, waarmee het introductiebeleid wordt geïmplementeerd en het evaluatie-onderzoek wordt gestart.

MTA-onderzoek heeft bij de drie beschouwde spreidingscases nauwelijks een rol van betekenis gespeeld. Mijns inziens heeft dit met name te maken met de relatieve onbekendheid van het MTA-onderzoek in die tijd. Mede dankzij OG is nu een duidelijker koppeling met MTA-onderzoek gelegd.

Bij de CT is een werkelijk allocatieve planning gehanteerd. Bij MRI en NLT heb ik deze tussen haakjes geplaatst, omdat er eigenlijk geen planning is geweest. Het woord allocatief slaat op het feit dat ziekenhuizen binnen hun eigen budgetten ruimte dienen te maken om een MRI of NLT aan te schaffen (planning op microschaal!). Op macroniveau wordt noch voor MRI, noch voor NLT gepland.

Met betrekking tot de sturingsfactoren voor planning valt het op dat pas bij de introductie van de NLT maatschappelijke factoren een rol zijn gaan spelen. Dit hangt samen met de in de tweede helft van de jaren tachtig toegenomen mondigheid van de patiënt, waardoor het voor de medische professie steeds interessanter wordt om de patiënt in hun strijd als partner te betrekken.

Uit de scala van beïnvloedingssystemen worden met name de drie genoemde aangegeven. Bij de introductie van de CT zijn slechts weinig aanwijzingen voor empire building. Bij MRI en NLT zijn deze duidelijker aanwezig. Bij de NLT werd een discussie gevoerd tussen urologen en radiodiagnosten over de vraag wie het beheer over dergelijke apparatuur diende te hebben. Meestal werd dit in het voordeel van de uroloog beslist. Nu leidt dat tot problemen, omdat de NLT tevens voor andere doeleinden kan worden gebruikt, waardoor het juist voor de hand zou liggen de NLT onder te brengen bij een facilitaire afdeling als de radio-diagnostiek.

Eindnoten

1. Uiteraard wordt specifiek aandacht besteed aan de acquisitie van KMT.
2. De jaren tachtig worden apart behandeld, gelet op het feit dat er juist in die decade veel belangrijke ontwikkelingen zijn te signaleren op het gebied van de gezondheidszorg als geheel. Ik noem er enkele: invoering van de budgettering en nadruk op kwaliteit.
3. Uiteraard zal deze beschouwing zich toespitsen op het beleid inzake spreading van KMT.
4. Gelet op het feit dat in Nederland de regelgeving complex is en juist bij de spreading van KMT een belangrijke rol speelt, heb ik daar een aparte paragraaf aan gewijd. Hierin wordt ook vooruit gekeken naar de consequenties van een eventuele stelselwijziging voor de spreading van KMT.
5. Ook hier zal met name aandacht worden besteed aan de aanpak van het spreidingsbeleid van KMT.
6. Deze constatering heeft in de loop der jaren kracht verloren. De opkomst van de consensusbesprekingen, de steeds snellere opeenvolging van nieuwe technologie draagt ertoe bij dat de improvisatie steeds verder afneemt en de protocollering steeds meer ingang krijgt (Van Everdingen, Casparie (1985,1989)).
7. Voor doelgericht kan ook worden gelezen slagvaardig, innovatief.
8. In die tijd was er nauwelijks reden om een stafbestuur op te richten. De outputfinanciering vigeerde nog en er waren nauwelijks budgettaire beperkingen.
9. Terminologie van Stolte.
10. In het vorige aangehaalde artikel wijst Stolte erop dat: "De professie tracht voor elke patiënt een optimale behandelingssituatie te verkrijgen. Daartoe past zij steeds ingewikkelder bewerkingen toe en door hun perfectionisme drijven ze de kosten steeds verder omhoog." Deze stelling is ook heden ten dage nog steeds waar.
11. Anno 1991 is het aanzien van de professie dalende. Dit heeft met name te maken met de meer kritische houding van de patiënt. Het functioneren van de professie wordt nauwlettender in de gaten gehouden.
12. Deze constatering ondersteunt de beschouwingen van hoofdstuk 3 over de samenwerkingsrelaties.
13. In dit verband wordt bedoeld dat de koepels hun leden niet meer actief aanspoorden in het management te participeren.

14. De interne budgettering staat dan nog in de kinderschoenen. De medici verwachten echter dat zij door de combinatie van managementparticipatie en interne budgettering meer mogelijkheden krijgen om zelf invloed uit te oefenen op de besteding van het budget. Naar mijn mening, gebaseerd op gesprekken over deze materie met medici en managers, zien de medici voornamelijk één kant van de medaille: de positieve kant. De negatieve kant van de medaille is dat zij bij tekorten zelf moeten bepalen op welke punten er bezuinigd moet worden.
15. Het gevaar bestaat echter dat de diverse "zelfbesturen" afspraken maken die niet in het belang zijn van de patiënten.
16. De adviesbureaus Twijnstra Gudde (TG) en Coopers & Lybrand hebben in een aantal ziekenhuizen divisiestructuren ingevoerd. Bij de invoering van de divisiestructuur in Leiden heeft TG geadviseerd de directeur-beheerder tot voorzitter en budgetverantwoordelijke van het triumviraat (managementteam) te benoemen. Dit was echter onaanvaardbaar voor de specialisten- managers. Hierdoor is de functie van directeur-beheerder moeilijk, omdat men wel het budget dient te bewaken maar geen sanctiemogelijkheden heeft.
17. Croonen was in die tijd directeur geneesheer van het Ignatiusziekenhuis te Breda.
18. Deze commissie bestaande uit vertegenwoordigers van LSV en NzR is in 1988 ingesteld en kreeg als opdracht voorstellen te ontwikkelen inzake de vormgeving van de relatie tussen medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie. Opvallend is dat deze vraagstelling impliceert dat medisch specialisten geen deel uitmaken van de ziekenhuisorganisatie.
19. Onder beheersmatig versta ik meer dan uitsluitend het financiële deel, maar tevens de organisatorische, infrastructurele, administratieve delen.
20. In een divisiestructuur treft men veelal een klein aantal divisies aan met een hoge graad van autonomie. Het gevaar bestaat echter, dat divisies zich onttrekken aan de centrale directie, waardoor het beleid fragmenteert. Dit laatste maakt de positie van de ziekenhuisorganisatie als geheel kwetsbaar.
21. De commissie wijst erop dat deze interpretatie te maken heeft met de verschuiving van professional patient care richting managed patient care.
22. "Beste" wordt hier gehanteerd in de zin van "managementwelgevallig"
23. Het congres trekt ongeveer 23.000 bezoekers.
24. In het proefschrift van Naaborg de wens om meer open-hartchirurgie te kunnen verrichten. Maar het door Naaborg gevonden principe is ook op andere technieken toe te passen.
25. Ik heb de figuur uit het proefschrift van Naaborg gegeneraliseerd.

26. Dit plan kan worden beschouwd als een planningrapport voor de middellange termijn.
27. Het heeft derhalve meer het karakter van een voortschrijdend meerjarenplan.
28. Dergelijke commissies hebben een taak in korte-termijnplanning, omdat deze meelopen met de begrotingscycli.
29. De zeven fasen zijn: Voorwaarden, Informatieverzameling, informatiebespreking, Samenstelling eerste concept, Bespreking en prioriteitsstelling, Bijstelling, Vaststelling door de medische staf.
30. Hierbij doel ik op rubrieken in Margriet, Story, Libelle, maar ook in de kranten.
31. Het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector heeft het medisch consumptiemodel gepresenteerd, waarin het 5 factoren onderscheidt waarmee bij de opstelling van beleid rekening mee moet worden gehouden:
 - Consumptienoodzaak.
 - Consumptiemogelijkheid.
 - Consumptiegeneigdheid.
 - Consumptiebeïnvloedend aanbod:
 - Capaciteit voorzieningen.
 - Afstand tot de voorzieningen.
 - Consumptiebeïnvloedende regelingen

Dit houdt dus eigenlijk het verrichten van een marketingstudie in.

32. Zij interpreteren dus slechts de effectevaluaties en laten de procesevaluaties buiten beschouwing. Deze laatste zijn veelal nog niet voorhanden.
33. Kort bij de begrotingscyclus en middellang bij het opstellen van een medisch beleidsplan of investeringsplan.
34. Op de politieke partijen, op de ministeries en op met name de GR.
35. In die tijd een vrij revolutionaire gedachtengang, omdat men meer van dag tot dag leefde.
36. Vergelijk de discussie rond grenzen aan de zorg, waar eveneens naar deze factoren wordt gekeken.
37. Voornamelijk op macroniveau.
38. Voornamelijk nog slechts op microniveau.

39. Ongeveer 20 jaar geleden werd reeds een toename van de vergrijzing geconstateerd. Het is opmerkelijk dat daar toen verder nauwelijks aandacht aan werd besteed. Als oorzaak kan wellicht gelden dat de patiënten nauwelijks mondig waren.
40. Artikel 31.
41. Voor die tijd waren slechts delen van de WZV van kracht.
42. In deze oude procedure diende slechts toestemming te worden gevraagd aan Volks-huisvesting, die vrijwel automatisch werd verleend.
43. Deze opdracht werd verleend aan een conglomeraat van adviesbureaus.
44. Deze analyse is afkomstig uit het leerboek Management van de Gezondheidszorg onder redactie van Peters.
45. Overigens is Baakman van mening dat de ommezwaai wordt gemarkeerd door het uitbrengen van de Structuurnota van Hendriks, omdat de Structuurnota in tegenstel-ling tot de Volksgezondheidsnota uit 1966 rijk is aan beleidsvoornemens.
46. Het echelon denken hield het volgende in:
Eerste echelon: niet gespecialiseerde voorzieningen (huisarts e.d.).
Tweede echelon: gespecialiseerde zorg, zoals ziekenhuis- en verpleeghuiszorg.
In de jaren 80 (zie volgende paragraaf) vond er herdefiniëring plaats en werd gesproken over lijnen. De echelonnering was specifiek bedoeld om de financierings-stromen te kunnen verdelen. Hierdoor was een betere controle en begroting van de uitgaven mogelijk.
47. De welvaartsstaat van de jaren 60.
48. Het overheidsbeleid met betrekking tot de gezondheidszorg was toen voornamelijk effectgeoriënteerd. Men stelde doelen en formuleerde nauwelijks hoe die doelen bereikt diende te worden.
49. Artikel 18 WZV.
50. Zie ook volgende paragraaf, waarin de op de gezondheidszorg van invloed zijnde regelgeving wordt geanalyseerd.
51. De derde lijn was oorspronkelijk zo gedefinieerd, maar in de huidige discussies wordt met derdelijnszorg steeds vaker de academische geneeskunde bedoeld. De verpleeg-huisgeneeskunde wordt in dat geval gedefinieerd als vierde lijn.
52. Diverse publikaties van het CvZ en discussies in Het Ziekenhuis met name redac-tionele artikelen.
53. Radiotherapie en nierdialyse.

54. KLOZ en VNZ publikatie in INZET 1989.
55. Uit het veldonderzoek blijkt dat deze ontwikkeling in een aantal ziekenhuizen actief is opgepakt in de vorm van het installeren van investeringscommissies, die zich tevens gaan bezighouden met meer lange termijn planning. Hiertoe wordt men wel gedwongen gelet op het beperkte budget en de veelheid aan ontwikkelingen.
56. Zowel regionaal als bovenregionaal.
57. De gegevens waarop dit overzicht is gebaseerd, zijn ontleend aan:
- Handboek Structuur en financiering gezondheidszorg onder redactie van Lapré en Elsinga (1989).
 - Beleid en beheer in de gezondheidszorg onder redactie van Maarse en Mur Veeman (1990).
 - Economie van de gezondheidszorg onder redactie van Lapré en Rutten (1988).

Wanneer tevens gebruik is gemaakt van ander materiaal staat dit in de tekst vermeld.

58. WTZ = Wet toegang ziektekostenverzekering en MOOZ = Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden.
59. Citaat uit handboek Lapré, 1989, 604 p. A.2-3-1.
60. Hiermee ondervangt de commissie in één slag de schottenproblematiek die zo kenmerkend is voor de Nederlandse de gezondheidszorg. Hiermee wordt bedoeld dat de financiering van de zorg is ingedeeld in sectoren en dat substitutie tussen deze sectoren niet mogelijk is. Het gebrek hieraan leidt in sommige gevallen tot verspilling van geld. Hierbij wijs ik op de problematiek rond de thuiszorg.
61. Hierdoor is het begrip "substitutie" in de betekenis van verschuiving tweede naar eerste lijn zo'n belangrijke rol gaan spelen.
62. Door Dekker genoemd het "vrij te verzekeren deel".
63. Bijvoorbeeld verpleging, revalidatie, psychosociale hulpverlening (alle zowel intramuraal, semimuraal en thuiszorg).
64. Hieronder vallen kunst- en hulpmiddelen, fysiotherapie etc., IVF, cosmetische plastische chirurgie, maar ook vergoeding van geneesmiddelen voorschreven door de eerste lijn.
65. Uiteraard met inachtnaam van de zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en deskundigheid van de medische professie.
66. Door Dekker opgenomen onder de topklinische zorg.
67. De functie van GR wordt in paragraaf 4.4.4 beschreven.

68. Deze centrale kas int de inkomensafhankelijke premies en verdeelt deze onder de zorgverzekeraars.
69. Als basis voor deze nota werd het rapport-Dekker gebruikt.
70. BIG = Beroepen individuele gezondheidszorg.
71. Ontwikkelingsgeneeskunde beoogt tevens projecten naar de doelmatigheid etc. van reeds (lang) bestaande verstrekkingen te beoordelen.
72. Zie ook paragraaf "analyse regelgeving".
73. In dit ordeningskader worden de subparagrafen 4.4.2 en 4.4.3 integraal beschouwd.
74. Zie hoofdstuk 3.
75. Zie hiervoor de bespreking van de spreidingscases.
76. Zie hoofdstuk 3 schema Berg.
77. Planprocedures etc. zijn voorbeelden van normatieve planning. De allocatieve planning is daaraan gekoppeld teneinde de kosten beter te kunnen beheersen.
78. De NRV en GR zijn vaste colleges van advies, zoals bedoeld in artikel 79 van de Grondwet.
79. In het rapport-Fortuyn wordt geconstateerd dat aan de NRV-adviezen door het ministerie nauwelijks consequenties worden verbonden. Het vragen van advies aan de NRV zou zijn verworpen tot een ritueel. Soms wordt advies gevraagd nadat een besluit reeds is genomen, aldus Fortuyn. De opmerkingen van Fortuyn gaan mij te ver. Ik denk dat de NRV verbureaucratiseerd is en onvoldoende heeft ingespeeld op de veranderende omgeving. Hierdoor heeft deze kansen laten liggen.
80. In sommige provincies heeft de PRV deze adviserende taak gedelegeerd aan de provincie met als motivatie efficiëntie- verhoging en het tegengaan van verbrokkeling.
81. In de voorstellen voor de stelselherziening wordt de plannende taak van de provincie geaccentueerd en zal deze derhalve ook worden uitgebreid. Zie ook de desbetreffende passages in subparagraaf 4.4.3.
82. Voor- en tegenstanders hoeft meestal niet zo letterlijk te worden opgevat. Een andere indeling zou kunnen zijn: optimistisch en afwachtend.
83. In dat jaarverslag is een hoofdstuk gewijd aan het functioneren van de inspectie. Hierin worden de volgende knelpunten gesignaleerd:

- Zij hebben een bijzondere opsporingsbevoegdheid, maar bij overtredingen ligt de nadruk van de behandeling op advies, overleg of bemiddeling.
- Zij kunnen gelet op de omvang van de gezondheidszorg in relatie tot het aantal personeelsleden noodgedwongen niet meer doen dan crisistoezicht. Daarnaast vormt de behandeling van klachten een steeds groter wordende post, waardoor de kwaliteit van behandeling niet altijd optimaal kan zijn.
- De huidige wetgeving is weinig concreet, zodat de GI haar taak moet uitvoeren op grond van in samenwerking met het veld opgestelde regelgeving. De consequentie hiervan is dat de GI moet overreden en overtuigen. Een tweede knelpunt ligt op het gebied van medisch-ethisch handelen. Hier is nog nauwelijks wet en regelgeving voor. Door het ontbreken van meer concrete sanctiemogelijkheden en bevoegdheden moet men vaak lijdelijk toekijken bij misstanden die ten koste gaan van de patiënt.
- Tegenwoordige verwachtingspatroon dat de samenleving heeft van de GI sluit niet aan op het zeer beperkte arsenaal bevoegdheden. Een oplossing voor dit probleem is het afstoten van taken.
- Werkplan van GI voldoet niet aan de normen.

Na de opsomming van deze knelpunten worden door verschillende partijen oplossingen geformuleerd.

De Rekenkamer stelt voor dat regering en parlement zich duidelijker uitspreken over de taken en bevoegdheden van de inspecties.

De GI gaf zelf aan dat de oplossing diende te worden gevonden in:

- De personele sfeer (uitbreiding).
- Wijziging van wet en regelgeving.
- Uitspraak van regering en parlement over verwachtingspatroon.

Er valt een discrepantie op tussen de interpretatie door de minister van WVC en die door de Rekenkamer. De minister vindt dat de handhaving op een aanvaardbaar niveau ligt terwijl de Rekenkamer op grond van dezelfde gegevens tot een ander oordeel komt.

In een reactie op de door de Rekenkamer vervaardigde inventarisatie van de werkzaamheden van de inspecties merkt de minister van WVC op dat binnen de gezondheidszorg nogal eens conflicterende normen worden gehanteerd:

- De patiënt wil direct geholpen worden.
- De hulpverlener wil goede arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden.
- De ziekenhuisdirectie wil het beschikbare budget niet overschrijden.

Daarnaast merkt hij nog op dat wijzigingen in normstellingen eerst politiek moeten zijn uitgekristalliseerd, alvorens deze in wetgeving vast te leggen.

Naar aanleiding van het rapport heeft de minister de volgende reactie gegeven:

Een strategische visie op de rol van de inspecties van het Staatstoezicht is reeds totstandgekomen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen gezondheidsbescherming en gezondheidszorg. Er zijn nog geen uitspraken over de formatieve consequenties

gedaan.

De mogelijkheid van privatisering van GI wordt afgewezen door de minister.

De minister voelt voor het idee om de jaarverslagen tegelijkertijd met de reacties van de betrokken bewindslieden te publiceren.

84. Dat deze ontwikkelingen niet snel gaan, blijkt uit de eerder geciteerde analyse van de Algemene Rekenkamer.
85. De ziekenfondsen hebben daartoe echter nu wel het middel "ontwikkelingsgeneeskunde" tot hun beschikking. Hierop kom ik later terug bij de bespreking van artikel 18 WZV.
86. Simons handhaaft deze voorstellen van Dekker.
87. Tekst van het artikel is:
 - "1. Op verzoek van Onze Minister stelt de ZFR commissies in ter behandeling van bepaalde onderwerpen.....
 2. De ZFR legt desgevraagd bij een door hem uitgebracht advies het advies van (...) de commissie.
 3. Indien de minister het advies van een zodanige commissie vraagt, brengt..... deze het advies rechtstreeks aan de minister uit."
88. In dit verband kan een verstrekking tevens een voorziening betreffen, zoals in het geval van de Chronische Beademing.
89. Voor verdere beschouwing wordt verwezen naar de paragraaf over de spreidings-cases.
90. Het CvZ ondersteunt de uitvoering van de planprocedure zoals deze in de WZV staat beschreven.
91. De tekst van artikel 18 luidt:
 - "1. Bij algemene maatregel van bestuur kan, indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven, worden bepaald dat het verboden is zonder vergunning van Onze Minister:
 - a. verrichtingen van een bij de maatregel aangegeven aard uit te voeren of te doen uitvoeren in een ziekenhuisvoorziening.
 2. Onze Minister bepaalt:
 - a. de omvang van de behoefte aan voorzieningen, vallende onder het in het eerste lid vervatte verbod
 - b. de wijze waarop in die behoefte kan worden voorzien

- c. de procedure met betrekking tot de vaststelling van de behoefte en de vergunningverlening.....
3. Indien ten aanzien van een categorie van gevallen overeenkomstig het zevende lid advies is gevraagd over de vaststelling van een algemene maatregel van bestuur, kan voor die categorie in afwachting van het advies een regeling als bedoeld in het eerste lid worden getroffen door Onze Minister voor een periode van ten hoogste twee jaar; deze periode kan met een jaar worden verlengd.....
4. Indien bij het in werking treden van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste lid of een regeling als bedoeld in het derde lid, de daarin aangegeven verrichtingen reeds werden uitgevoerd of apparatuur reeds werd gebruikt niet in strijd met deze wet, mag dit, mits hieraan geen uitbreiding wordt gegeven, worden voortgezet gedurende drie maanden, of, indien binnen deze termijn hiervoor vergunning wordt gevraagd tot de vergunning is verleend of tot drie maanden nadat de weigering onherroepelijk is geworden. Onze Minister kan desgevraagd deze termijn verlengen.
5. Een verbod krachtens dit artikel geldt niet ten aanzien van academische ziekenhuizen.....
6. Een vergunning als bedoeld in het eerste lid, kan worden ingetrokken indien de omstandigheden na de uitgifte van de vergunning zodanig zijn gewijzigd, dat de vergunning niet meer zou zijn verleend.
7. Naast het College worden tevoren gehoord over de toepassing van a.het eerste lid en het tweede lid onder a: de NRV of de GR, b. het tweede lid onder b en c, alsmede het derde, vierde en zesde lid: Gedeputeerde Staten van de betrokken provinciën."
92. Wijziging WWO en WZV met betrekking tot de academische ziekenhuizen. Deze wetswijziging is sinds 1988 in voorbereiding en ligt nu ter finale besluitvorming bij de Eerste Kamer.
93. Hierbij kan worden gedacht aan het chromosoomonderzoek.
94. Vergelijk computertomografie.
95. Zie hoofdstuk 2 onder Medical Technology Assessment de indeling vlg. McKinlay.
96. Overigens sinds het van kracht worden van de WZV, is er kritiek geweest op artikel 18. (CvZ, 1982,569; Provincie 1983,466).
97. Uit het veldonderzoek blijkt dat de vaststelling van dat budget door het COTG werd uitgevoerd op basis van de gegevens die door de GR zijn verzameld en vaak betrekking hadden op eerdere versies van de functies. Deze budgetten werden daarna niet meer bijgesteld, terwijl de exploitatie van de technologie in de loop der jaren veelal goedkoper werd.
98. Kwaliteit wordt in drieën verdeeld:

- Deskundigheidsconcentratie en ervaringsgraad.
 - Infrastructuur kwalitatieve omgeving.
 - Maatschappelijk-ethische kanten.
99. In het rapport wordt aangegeven dat men het liefst ziet wanneer deze herijking jaarlijks voor het verschijnen van het FOZ plaatsvindt, zodat de uitkomsten er nog in kunnen worden verwerkt.
100. De wijzigingsbesluit werd op 9 november door de Kroon bekrachtigd.
101. De belangrijkste aanleiding voor deze wetswijziging was het onder de werkingssfeer van de WZV brengen van de academische ziekenhuizen. De AZ'en vallen nu deels onder O&W en deels onder WVC. In het voorstel zouden zij geheel onder WVC komen te vallen en dient er slechts te worden afgestemd met O&W waar het aspecten van Onderwijs en Onderzoek betreft. Eén en ander op basis van een convenant daterend uit 1982 tussen de ministers van O&W en Vromil. De tekst van het convenant is terug te vinden op p. 4 van kamerstuk 20889 nr.3.
102. In plaats van de tijdrovende procedure van een AMvB.
103. Dus tevens onder de werking van artikel 18.
104. In de memorie van toelichting wordt verduidelijkt wat onder topklinische functies wordt verstaan:
Bijzondere voorzieningen voor een specifiek, relatief zeldzaam ziektebeeld, die vaak specifieke deskundigheid en een kostbare infrastructuur veronderstellen; de onder artikel 18 gebrachte functies behoren tot deze categorie.
105. Het in de Nota van Toelichting vermelde oogmerk van de wijziging luidt:

"Het scheppen van een stelsel waarmee beter kan worden ingespeeld op de dynamiek van de zich snel ontwikkelende topklinische zorg; dit houdt in dat de beheersing op basis van een verbodsbepaling snel moet kunnen worden toegepast, maar ook snel moet kunnen worden beëindigd. Op deze wijze ontstaat een "doorstroomeffect" waarbij topklinische functies slechts zolang onder werking van de verbodsbepaling worden gehouden als voor de fase van hun ontwikkeling is vereist."
- Daarnaast wordt de wijziging gemotiveerd door te wijzen op het gewijzigd beleid ten aanzien van bijzondere ziekenhuisvoorzieningen, recente ontwikkelingen op medisch technologisch gebied en de behoefte om de omschrijving van een aantal artikel-18-functies te herzien.
106. De tekst van dit artikel luidt (ingekort en samengevat):
1. Voor de toepassing van deze paragraaf wordt onder ontwikkelingsgeneeskunde verstaan: de op wetenschappelijk inzicht gebaseerde ontwikkeling en evaluatie van methoden en technieken binnen de praktijkomstandigheden van een

ziekenhuisvoorziening, waarvan de uiteindelijke toepassing ingrijpende kwalitatieve, maatschappelijke, ethische, juridische, financiële of organisatorische gevolgen voor de gezondheidszorg kan hebben.

2.WVC en O&W stellen gehoord hebbende de GR en de ZFR éénmaal in de twee jaar een overzicht vast waarin de grote lijnen van het beleid worden vastgesteld ten aanzien van de ontwikkelingsgeneeskunde. Voorts stellen zij, gehoord de ZFR, vast welk bedrag in totaal beschikbaar is voor de vergoeding van de kosten van ontwikkelingsgeneeskunde gedurende die twee jaren, waarbij door O&W en WVC wordt vastgesteld welk deel ten laste van het Rijk wordt gebracht en welk deel ten laste van de AWBZ (Art. 52, AWBZ).
 3. Het overzicht bevat in ieder geval een vermelding van de vormen van ontwikkelingsgeneeskunde voor de kosten waarvan in de volgende twee jaren een vergoeding kan worden verleend
 4. Aanvragen moeten passen in het overzicht en moeten worden uitgevoerd in een ziekenhuisvoorziening.
 5. De procedures voor aanvraag en verlening van de vergoeding worden door O&W en WVC gezamenlijk ontwikkeld.
107. Hierbij dienen hoofdlijnen, prioriteiten en voorrangsgebieden te worden aangegeven.
108. Het bevat een aantal randvoorwaarden en criteria waaraan de aanvragen moeten voldoen.
109. In de commissies voor Onderwijs en Wetenschappen alsmede voor Volksgezondheid.
110. Voor de volledigheid vermeld ik de definities van fundamenteel en experimenteel onderzoek (deels ingekorte citaten van de MvA):
"Fundamenteel onderzoek (Fase I): Richt zich primair op de uitbreiding van biomedische kennis en inzicht en richt zich op het onderzoek naar oorzakelijke factoren van ziekteprocessen en -beelden.

Experimenteel onderzoek (Fase II): Hierin wordt bij proefpersonen bewust geëxperimenteerd om onder strikte condities het effect van de (be)handeling te toetsen, zoals het uittesten van hypothesen inzake oorzakelijke factoren, het onderzoeken van de effecten van behandelingsvormen via een diemodel of in een gecontroleerde vergelijkende klinische studie" (OG is fase III).
Ik merk in dit verband op dat deze indeling niet spoort met internationaal geaccepteerd indelingen, wat tot verwarring aanleiding kan geven."
111. NWO heeft inmiddels een commissie OG-NWO voor dit doel opgericht.
112. Om de toetsing gedegen te kunnen laten plaatsvinden wordt erop gewezen dat er tevens terzake kundige internationale referenten kunnen worden geraadpleegd.
113. Beide laatste zaken zijn bij de introductie van een voorziening nog onvoldoende bekend. In de tijdelijke regeling ex artikel 18 oude stijl kon op voorhand al gereguleerd worden zonder dat de twee genoemde vragen volledig beantwoord waren. De

oude tijdelijke regeling heeft een duidelijk *voorlopig* karakter.

114. De belangrijkste opmerkingen die tijdens de behandeling van het wetsvoorstel met betrekking tot artikel 18 zijn gemaakt, heb ik verwerkt in de voorgaande bespreking.

115. Opmerkelijk is dat de naam van het concept-besluit is veranderd in Concept AMvB Bijzondere verrichtingen en apparatuur. Deze omschrijving dekt het veld beter dan de poli-interpretabele omschrijving bijzondere functie. (In 1983 werd gesproken van Besluit Bijzondere functies)

116. In de Nota van Toelichting wordt de toepassing van artikel 18 als volgt uitgelegd:

"De toepassing van artikel 18 is aangewezen voor vormen van diagnostiek en therapie:

- die nog in belangrijke mate in ontwikkeling zijn wat betreft de toepassingsmogelijkheden ervan in de patiëntenzorg, maar niet meer als experimenteel kunnen worden aangemerkt
- waarvan uit oogpunt van kwaliteit en doelmatig gebruik, sprake moet zijn van een zodanig beperkt aantal locaties voor de toepassing ervan, dat kan worden gesproken van bovenregionale of landelijke voorzieningen
- waarvoor zonder "bescherming" die de toepassing van artikel 18 mogelijk maakt een onaanvaardbaar risico zou bestaan dat de uitvoering van die functies:
 - niet meer met voldoende kwaliteitsgaranties zou zijn omgeven mede ook met het oog op de maatschappelijke en ethische aspecten verbonden aan de toepassing van die functies
 - met name vanwege het kostbare karakter van die functie is (financieel risico) in onvoldoende mate of zelfs in het geheel niet zou plaatsvinden."

117. De staatssecretaris heeft de onderzoeksopdracht door middel van 3 vragen geformuleerd:

- Welke ontwikkelingen voorziet u in de periode 1991 - 1994 voor elke van de topklinische zorgfuncties, welke zijn daarvan gewenst, alsmede welk financieel beslag zal een en ander leggen op de groeiimte voor het volksgezondheidsbeleid?
- Aan welke topklinische zorgfunctie dient prioriteit te worden verleend en in welke mate, indien de eerstkomende jaren een beperkt groeikader beschikbaar zou zijn?
- Welke consequenties van die prioriteitenstelling kunnen worden voorzien?"

118. Hierbij wordt de omschrijving gehanteerd conform de concept AMvB van juni 1989.

119. Onder effectiviteit wordt verstaan het effect op zowel de lengte als op de kwaliteit van het leven.

120. Gepast wil zeggen dat de voorziening wordt toegepast voor standaarddiagnostiek en -behandeling. De commissie realiseert zich dat er een vloeiende overgang bestaat van klinisch-experimenteel onderzoek, ontwikkelingsgeneeskunde naar algemeen aanvaarde geneeskunde. In dit verband wijs ik op de technologie levenscyclus van McKinlay.
121. Needs = vraag zonder dat de functie beschikbaar is.
Demands = door het aanbod gecreëerde vraag.
122. Het concept-AMvB is gedurende de behandeling door de Raad van State niet beschikbaar.
123. De eerste initiatieven daartoe zijn genomen in Amsterdam (AMC) en Nijmegen (Radboud).
124. Deze psychologische kennis is noodzakelijk voor het opzetten en uitwerken van enquêtes.
125. Voor een aantal artikel-18-functies wordt geen budgetaanpassing meer gegeven.
126. Voor de NHS bestond er al een volksverzekering, maar deze had een veel geringere dekking. Zo waren huisartsconsulten vrij, maar moest men naar het ziekenhuis, dan moest men dat hetzij zelf betalen, hetzij trachten te worden opgenomen in een staats/liefdadigheidsziekenhuis. Dergelijke ziekenhuizen hielden er in de tijd voor de NHS nogal willekeurige toelatingsprocedures op na. Een derde mogelijkheid was dat men zich liet behandelen in privé-klinieken.
127. Dit ligt iets genuanceerder, omdat de huisarts een contract kan afsluiten met de NHS en dus naar de letter niet in dienst is van de NHS.
128. Het valt buiten het kader van mijn onderzoek hier verder op in te gaan.
129. De laatste moet verantwoording afleggen aan de eerste.
130. Tevens wordt gepleit voor een verdeling van middelen op basis van populaties gecorrigeerd voor gezondheid en leeftijdsverdeling. Daarnaast wordt aangegeven dat op een nog nader te bepalen manier lokale en sociale verschillen tussen de districten zullen worden verrekend.
131. Dit laatste vindt zijn oorzaak in het feit dat voor ziekenhuizen met meer dan 120 bedden men een machtiging van de minister nodig heeft. Ter adstructie: 5% van de bevolking maakt gebruik van deze private gezondheidszorg en 10% van de bevolking heeft een particuliere ziektekostenverzekering.
132. Voorbeelden hiervan zijn harttransplantaties en haemodialyse.
133. Men houdt zich over het algemeen bezig met onderzoek naar reeds geïntroduceerde KMT.

134. Sommige RHA verdelen dit budget over de DHA's. Andere houden de verdeling onder zich, teneinde de zaak zelf in de hand te kunnen houden.
135. De ziekenhuizen krijgen van de NHS slechts de investeringskosten vergoed, maar moeten de exploitatie van de nieuwe technologie uit eigen middelen bekostigen. Vroeger werd via liefdadigheid slechts dekking verkregen voor de investeringskosten. Steeds frequenter accepteert men pas giften als tevens de exploitatiekosten worden gedekt.
136. De gegevens voor de samenstelling van deze paragraaf zijn afkomstig uit: Schrijvers (1980,620), Syllabus stichting onderwijs ziekenhuisbeleid (1990), gegevens verkregen van het SPRI (persoonlijke mededelingen).
137. Een landsting besteedt ongeveer 75% van haar budget aan gezondheidszorg.
138. Deze commerciële gezondheidszorg staat overigens onder controle van de overheid.
139. Persoonlijke mededeling van het SPRI.
140. In het vervolg wordt als gesproken wordt over landstingen steeds landstingen en stadsgewesten bedoeld.
141. Dit ziekteverzuim is zeer hoog, gemiddeld 25 dagen per werknemer per jaar.
142. Interne geneeskunde, chirurgie, anesthesiologie en röntgenologie.
143. Zie ook de uiteenzetting over het Nederlandse beleid, waar dit model is behandeld.
144. Overigens, een dergelijke politiek wordt in Nederland ook gehanteerd. Met nieuwe technieken wordt, gelet op het eerder beschreven hoge niveau van kennis en kunde, in eerste instantie geëxperimenteerd in universitaire klinieken.
145. Dit wordt ook wel de public-private-mix genoemd.
146. Per hoofd van de bevolking betekent dit dat men in 1970 per jaar \$ 879 (prijspeil 1970) moest betalen wat in 1988 al was gestegen tot \$ 2.136 (prijspeil 1988).
147. Dickman c.s. (1987,247) geven aan dat de VS driemaal zoveel geld per inwoner uitgeeft aan gezondheidszorg als andere Westerse landen, zonder dat de totale gezondheidstoestand van de bevolking erdoor wordt verbeterd.
148. Het Medicare-programma vergoedt de ziektekosten van mensen ouder dan 65 jaar, gehandicapten en patiënten met terminale nierinsufficiëntie. Deze laatste categorie is meestal aangewezen op dialyse-behandeling in afwachting van een transplantatie.
149. Onder DRG wordt verstaan dat men een standaardprogramma van activiteiten betaalt voor de diagnostiek en behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening. Het ziekenhuis krijgt een vast bedrag onafhankelijk welke verrichtingen men uitvoert

bij de betrokken patiënt. De DRG's worden iedere 4 - 5 jaar geactualiseerd. De DRG's zijn per regio verschillend, omdat zij worden gecorrigeerd voor salarissen van het ziekenhuispersoneel, urbanisatiegraad etc.

150. Het Medicaid-programma betaalt de ziektekosten voor de mensen met de laagste inkomens. De uitvoering van het programma wordt overgelaten aan de individuele staten en derhalve kunnen er van staat tot staat grote verschillen optreden.
151. HMO's zijn organisaties die hun verzekerden tegen een vast bedrag per jaar uitgebreide medische hulp verlenen. De nadruk ligt op preventie en als er medische hulp moet worden verleend dan zoveel mogelijk poliklinisch. Een HMO heeft eigen medisch personeel in dienst en exploiteert soms ook ziekenhuizen. De HMO's moeten concurreren met andere ziektekostenverzekeringen. Zij besteden dan ook veel aandacht aan goede kwaliteit tegen lage kosten. In de periode 1970 - 1985 steeg het aantal verzekerden van 3 tot 21 miljoen. De stijging zet zich nog steeds voort (Van de Ven, 1988,111).
152. Het medisch onderwijs wordt nu in feite betaald door de patiënt via Medicare-premies.
153. Vanwege het feit dat iedere verzekeringsmaatschappij haar eigen vorm van administreren heeft en ook haar eigen vergoedingssleutels hanteert, is er een vrij omvangrijke bureaucratie in de ziekenhuizen ontstaan. Een dergelijke bureaucratie werkt uiteraard eveneens sterk kostenverhogend.
154. Hieruit blijkt echter dat op basis van recente gegevens kan worden geconcludeerd dat de groei nog steeds doorgaat.
155. De moeilijkheid die zich hierbij voordoet, is dat men met een gegeven situatie wordt geconfronteerd. Een ziekenhuis kan bijvoorbeeld twee CT-scanners hebben waarvan één met certificate en één zonder. Bij aanvraag voor vergoeding zal door het ziekenhuis altijd gesteld worden dat bij de Medicare-/Medicaid-patiënten altijd de machine met certificate wordt gebruikt. Dat laatste nu is onmogelijk te controleren.
156. Zij pleit ervoor om in de procedure de relatieve behoefte op een besliskundige manier te benaderen, zodat het toetsingsproces doorzichtig wordt.
157. Deze cijfers dienen dan wel te worden verzameld door middel van goed opgezette trials, waarin ook aandacht wordt besteed aan MTA.
158. Bewust gebruik ik hier MTA-achtig onderzoek, omdat lang niet al het onderzoek dat MTA wordt genoemd voldoet aan de eerder beschreven definitie.
159. Bijvoorbeeld voor dialysecentra en hartchirurgische centra.
160. Wederom achteraf, waardoor het effect van dergelijke rapporten gering is. In het rapport over IVF (Haan, 1989,132) is nauwkeurig uitgezocht en berekend hoeveel IVF-centra er dienden te worden ingericht teneinde voldoende capaciteit te hebben.

Bij het verschijnen van het rapport bleek reeds dat er meer capaciteit was geïnstalleerd.

161. Bij de invulling is gebruikgemaakt van het ordeningskader dat is opgesteld aan het einde van de paragraaf "De jaren tachtig".
162. Alle nuances tussen wit en zwart kunnen worden weergegeven. Er wordt als het ware een zwart-witfoto vervaardigd.
163. Beter is het te praten over de densiteitsgegevens.
164. In het begin was de resolutie nog bedroevend laag, maar door het plaatsen van extra detectoren en het opvoeren van de snelheid waarmee de röntgenbron draaide, kon deze worden verbeterd. Hierdoor kon tevens de duur van het onderzoek worden verkort. Vooral dit laatste kwam de patiëntvriendelijkheid van het apparaat ten goede.
165. Tijdens het veldonderzoek door verschillende gesprekspartners naar voren gebracht. Met name in de wetenschappelijke vereniging is dit punt destijds uitgebreid besproken.
166. Het ministerie was met name bij de totstandkoming van de wet door de Kamer nogal aan de tand gevoeld over hetgeen het verstaat onder een bijzondere voorziening. De CT leende zich er uitstekend voor om als eerste voorziening in het kader van artikel 18 te worden getoetst.
167. Een bewerking van een oorspronkelijk door het CvZ vervaardigde figuur.
168. Tevens wijst hij erop dat als men toch een apparaat wil aanschaffen, men zich dient in te spannen om tot samenwerking te komen binnen de regio en de plannen daartoe eerst aan hem voor te leggen. Dergelijke verzoeken tot samenwerking worden nog steeds gedaan. Uit het veldonderzoek blijkt dat samenwerking op dit gebied nauwelijks aanspreekt. Dit hangt samen met de prestigeverhoging die met het bezit van een KMT kan worden bereikt.
169. De CT maakte belastende onderzoeken zoals de pneumocephalografie overbodig.
170. Deze vraag hoort eigenlijk niet in detail door de GR te worden behandeld, wanneer men het schema bekijkt. De behoefte-raming hoort veeleer thuis bij het CvZ. Fortuyn wijst daar in zijn rapport op. De eerste GR-behoefte-raming is door het ministerie meegenomen in de rest van de procedure, terwijl de GR in een later advies op een veel hogere raming van de behoefte uitkomt.
171. In dit verband wijs ik erop dat deze opmerking geplaatst moet worden in het tijdperk voor de invoering van de budgettering.
172. Zonder dat hij dit overigens verder expliciteert.
173. In die tijd was Nederland verdeeld in 24 gezondheidszorgregio's.

174. De tijdelijke regeling is tot stand gekomen omdat partijen van mening waren dat de artikel-18-procedure te tijdrovend was.
175. Eigenlijk is het paradoxaal om de gebruiker te vragen hoeveel apparaten hij denkt nodig te hebben. Soms is het echter de enige methode om informatie te verkrijgen. Mits deze methode zorgvuldig wordt toegepast, is deze acceptabel.
176. Dit punt blijkt bij een KMT frequent het geval. Ik wijs daarbij bijvoorbeeld op de neonatologische centra, waar men grote problemen heeft voldoende goed gekwalificeerd personeel op te leiden. Eenzelfde redenering is op te zetten voor hartchirurgie, dialyse, radiotherapie etc.
177. Dit criterium wijkt af van hetgeen door de GR en het CvZ is voorgesteld.
178. De aanvankelijke terughoudendheid met betrekking tot lichaamsscanning is verdwenen.
179. Met andere woorden: Het is zo, omdat iedereen het zegt.
180. Dit dwingt medici tot het maken van een bewuste indicatiestelling.
181. Dit kan worden verklaard uit de invoering van de budgettering. De gevolgen daarvan waren nog niet helder, en om te voorkomen dat men in de financiële problemen zou geraken, werd een behoudende koers gevaren.
182. Dit heeft te maken met het faseverschil dat tussen de diverse adviezen zit. Het ministerie is uitgegaan van de gegevens die in een eerder GR-advies waren opgenomen. De interne WVC-procedure zou opnieuw moeten worden gestart om de gegevens uit het GR-eindadvies te verwerken.
183. Dit is dus de facto geen ontmanteling, slechts een verbod op vervanging.
184. Penny wise, pound foolish?
185. De Apeldoornse casus is in het veldonderzoek aan de orde gekomen. In het planningbesluit was bepaald dat er voor de regio Stedendriehoek slechts één CT mocht worden geplaatst en wel in Deventer. Het blijkt dat weliswaar geen vergunning meer is afgegeven, maar dat in geval van nood de Apeldoornse CT wel mocht worden gebruikt. Deze ongewone beslissing is genomen op grond van het feit dat een Apeldoornse radioloog de sluiting van de CT in de pers aan de kaak heeft gesteld. Hij argumenteerde dat met sluiting van de CT de acute patiëntenzorg in gevaar kwam, waardoor het niet uitgesloten moest worden geacht dat tijdens het transport naar Deventer patiënten zouden kunnen overlijden. Een voorbeeld van medische invloed.
186. Opmerkingen gemaakt naar aanleiding van de bevindingen uit het veldonderzoek.

187. Het aangeven van substitutiemogelijkheden wordt welhaast bij iedere nieuwe ontwikkeling geopperd, maar in de praktijk blijkt dat er bitter weinig van terecht komt. Bij de CT is slechts de pneumencephalografie obsoleet geworden.
188. Deze opmerking spoort met de toepassing van het muddling-through-model.
189. Samenvattend kan worden gezegd dat voor MRI de volgende ingrediënten noodzakelijk zijn:
- Een homogeen, constant en niet-manipuleerbaar magneetveld met een veldsterkte van circa 1 Tesla.
 - Radiostraling van een hoge en constante intensiteit die in de parameters ruimte, tijd en frequentie manipuleerbaar is.
 - Magneetveldgradiënten in de x-, y- en z-richting die manipuleerbaar zijn
 - Een systeem waarmee de energie is te registreren als de atomen weer terugvallen naar de evenwichtssituatie.
 - Een computer om de data te analyseren en weer te geven als een beeld met twee dimensies.
190. Onder andere in het Hammersmith Hospital (Stocking, 1988,549).
191. Klinische redenen zoals onbekendheid en onervarenheid met de nieuwe techniek. De CT had reeds een ware revolutie teweeggebracht en de clinici begonnen de waarde van de CT te ontdekken.
Technische redenen zoals problemen met de installatie van het apparaat. De afscherming van het hoge magnetische veld leverde problemen op.
Economische redenen zoals de hoge investerings- en exploitatiekosten van het apparaat, maar daarnaast hadden de meeste ziekenhuizen onlangs al geïnvesteerd in een kostbaar CT-apparaat.
Beleidsmatige redenen: zoals uit de bespreking van de gezondheidszorgsystemen is gebleken verscherpte een aantal landen hun regelgeving op het gebied van kostbare medische apparatuur. Hierdoor werden extra barrières opgeworpen.
192. In 1983 werd de tijdelijke regeling ex artikel 18 voor de CT verlengd, maar op het ministerie was men ontevreden met de werking van artikel 18 en men zocht bij de MRI-introductie naar andere wegen.
193. Dit coördineren diende te bestaan uit het doen van suggesties met betrekking tot samenwerking.
194. Kortom, hetgeen het besturenoverleg niet lukte, werd nu van bovenaf opgelegd.
195. De benaming van de apparatuur was in het begin NMR. Eind jaren tachtig is dit veranderd in MRI. NMR is de techniek en MRI en MRS zijn toepassingen van die techniek.

196. In dit rapport worden de volgende indicatiegebieden voor patiëntenzorg gedefinieerd:
Centraal zenuwstelsel:

- Processen centraal in de hersenen.
- Aandoeningen van het ruggemerg, de zenuwwortels, wervelkanaal, wervels en wervelschijven.
- Demyelinerende ziekten van het centraal zenuwstelsel.

Kleine bekken.

Tevens wordt een verdeling gemaakt voor de klinische ontwikkelingsresearch en voor de fundamenteel georiënteerde research. Deze laatste verdelingen sluiten aan op de lokale onderzoekslijnen en zwaartepunten van de diverse instellingen. In het rapport wordt een verdeling aangegeven van de bezetting van de drie kernactiviteiten op de MRI-apparatuur: 50% patiëntenzorg, 25% klinische ontwikkelingsresearch, 15% fundamenteel onderzoek en 10% beleidsruimte. De beleidsruimte zal worden gebruikt om snel te kunnen inspelen op nieuwe ontwikkelingen. Aan het einde van het rapport worden enige economische exercities uitgevoerd om inzicht te krijgen in de investerings- en exploitatiekosten, en de mogelijkheden deze posten te kunnen dekken. In het rapport wordt tot slot een evaluatieprogramma voorgesteld waarin aan de volgende items aandacht dient te worden besteed:

- Stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de onderzoeksprogramma's en de samenwerking daarbij.
- Omvang en aard van de patiëntenzorg.
- Invloed van op andere activiteiten in het ziekenhuis.
- Regionale samenwerking met omliggende ziekenhuizen en onderzoeksinstituten.
- Opleiding.
- Exploitatie.
- Personele, organisatorische en onderhoudstechnische consequenties.

197. Emeritus hoogleraar Pathologische Scheikunde te Leiden.

198. Weliswaar had men de beschikking over het artikel 18 instrumentarium, maar juist daarmee had men slechte ervaringen gehad bij de introductie van de CT.

199. Kassenaar vindt eigenlijk dat zij beter meer voorwerk hadden kunnen verrichten om op die manier snel zaken te kunnen doen op het moment dat het ministerie met zijn besluit komt.

200. Het AZL had reeds extra financiering door middel van zijn contract met Philips.

201. De functieverruiming kan worden gezien als een startsubsidieregeling. De functieverruiming kan worden gezien als een voorloper van ontwikkelingsgeneeskunde.

202. Nu is het mogelijk door middel van een korte MTA-procedure toch relevante informatie te verzamelen.

203. Deze "stillig" periode wordt steeds korter.
204. Onder grote ziekenhuizen wordt voornamelijk verstaan: academische ziekenhuizen.
205. De ervaring leert dat dergelijke uitspraken bij objectief onderzoek meestal geen stand kunnen houden.
206. Deze prestigewinst werd door alle gesprekspartners uit de regio Stedendriehoek naar voren gebracht. Ook in de interviews met de AZ'en en met vertegenwoordigers uit regio Dordrecht kwam dit punt naar voren.
207. Zie ook paragraaf 4.7.1.
208. Deze categoriale ziekenhuizen zijn Dr. Daniël den Hoed kliniek en het Anthoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. Beide ziekenhuizen hebben een academische taakstelling voor de oncologie.
209. Deze toepassing van PAR is eigenlijk reciproque aan de betekenis van PAR. Men weet wat men niet wil.
210. De MRI was in het begin dermate ingewikkeld dat zonder een fysicus het vervaardigen van een foto onmogelijk was. Als men deze foto eenmaal had, was het moeilijk deze te interpreteren. Er was nog nauwelijks vergelijkingsmateriaal. Hierdoor was de aanvankelijke animo om ermee te experimenteren niet zo groot.
211. Zie Vencken, 1990,183.
212. Bij het bewerken van deze casus is dankbaar gebruikgemaakt van het evaluatierapport "Het einde van het stenen tijdperk" (1989, 563)
213. De steen kan door middel van röntgendoorlichting of door middel van echografie zichtbaar worden gemaakt. De eerste niersteenvergruizers maakten gebruik van röntgendoorlichting, omdat het daarmee tevens mogelijk is ureterstenen te lokaliseren wat met echografie niet mogelijk is, echter gelet op de stralenbelasting wordt nu de voorkeur gegeven aan echografie en worden patiënten met stenen die moeilijk zichtbaar zijn te maken met echografie, alsmede patiënten met ureterstenen, doorgestuurd naar een centrum dat beschikt over een apparaat met röntgenvoorziening.
214. De patiënt kan op verschillende manieren in de juiste positie worden gebracht. Bij de NLT van de eerste generatie wordt de patiënt in een waterbad gehangen in een soort frame dat in de juiste positie wordt gemanoeuvreerd. Uit oogpunt van patiëntvriendelijkheid is dit een ongewenste situatie. NLT van de tweede generatie zijn uitgerust met een tafel die in drie richtingen verstelbaar is. De patiënt gaat op de tafel liggen, waarna door bewegingen van die tafel de patiënt - en dus de steen - wordt gepositioneerd. De patiënt hangt niet meer in een waterbad, maar ligt op een met water gevulde "kom" waarin de schokgolven worden opgewekt. Bij nieuwere typen van de tweede generatie is deze "kom" vervangen door een met water gevulde plastic blaas.

Bij machines van de derde generatie wordt geen watergeleiding meer toegepast, maar wordt de probe rechtstreeks tegen de huid van de patiënt aangedrukt.

215. Enkele opwekkingsmethoden zijn door middel van:

- ontlading van een onder hoge spanning opgeladen condensator over twee elektroden (hoog vermogen)
- een piëzo-elektrisch kristal (laag vermogen)
- elektromagnetische straling, waarna de schokgolf door middel van een acoustische lens op de steen wordt gericht (idem)
- laserstraling (idem).

Bij de eerste twee methoden is een waterbad nog noodzakelijk, bij de laatste twee niet meer.

Bij hoog vermogen is de behandeling zo pijnlijk dat gebruik moet worden gemaakt van algehele of spinale anaesthesie. Bij een laag vermogen kan met toediening van analgetica worden volstaan.

216. Bij de oudere typen is het noodzakelijk dat de patiënt klinisch wordt behandeld, mede gelet op de anaesthesie die gegeven dient te worden. Bij de nieuwere typen kan de patiënt in dagbehandeling of poliklinisch worden behandeld.

217. Bij voorkeur wordt dan gebruikgemaakt van de percutane niersteenverwijdering (Lock, 1988,205).

218. Dornier heeft namelijk patent op de hoog vermogen NLT, die slechts met een waterbad en patiënt onder anaesthesie is te gebruiken.

219. De percutane techniek was daar onlangs aan toegevoegd.

220. Het wijzen op het gebruik van achterhaalde gegevens is vaak terugkerende kritiek op de GR. Zoals reeds eerder is aangegeven, heeft de GR zich deze kritiek ter harte genomen en herleest men de opgestelde adviezen periodiek. Bij deze herlezing worden de stukken bijgesteld.

221. Deze eerste studies waren niet gebaseerd op gerandomiseerd onderzoek.

222. Deze partij is niet eerder genoemd en speelt ook geen rol in de advisering rond de spreiding van KMT. De reden dat men tot deze actie overgaat, zou kunnen worden geweten aan het feit dat de ziekenfondsen het meeste last hebben gehad van de ongebreidelde spreiding van de CT. Immers, de budgettering was nog niet overal ingevoerd. Men was bevreesd voor een kostenstijging.

223. In die tijd van overgang van output- naar inputfinanciering heeft het ministerie geen behoefte aan een conflict met het COTG. Men legt een groter belang bij de invoering van de budgettering.

224. Deze eis was echter niet afdwingbaar, omdat er geen sancties opstonden.

- 225. Overeenkomstige resultaten worden in 1990 door Bierkens gemeld.
- 226. Dit proces van indicatieverruiming wordt bij iedere innovatie aangetroffen.
- 227. Zowel in Nederland als in Engeland zijn daar duidelijke aanwijzingen voor (Ver-
gunst, 1987; Charig, 1986,554).

Hoofdstuk 5

SPREIDINGSHULPMIDDEL

5.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de in de vorige hoofdstukken verzamelde informatie een model voor een spreidingshulpmiddel (SHM) worden opgesteld. Allereerst presenteer ik de door mij gehanteerde definitie van het begrip "spreidingshulpmiddel":

"Een hulpmiddel om op een verantwoorde wijze een keuze te kunnen maken uit de aanvragen van ziekenhuizen voor het aanschaffen van een kostbare medische technologie."

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt:

5.2 Achtergrond.

5.3 Model van een spreidingshulpmiddel.

5.3.1 Opbouw.

5.3.2 SHM-vragenlijst.

5.3.3 Spreidingsprofiel.

5.3.4 Evaluatie en bijstelling.

5.4 Uitvoeringsorganen.

5.5 Subsidiëring nieuwe, kostbare medische technologie.

5.6 Kanalisering van geldstromen.

5.2 ACHTERGROND

Om de achtergrond van het model in kaart te brengen, geef ik eerst kort de synthese van het voorafgaande weer.

In hoofdstuk 3 is het theoretisch kader van dit onderzoek gemaakt. De introductie en spreiding van KMT is aldaar gedefinieerd als een complex en strategisch besluitvormingsvraagstuk. De besluitvormingstheorie biedt aanknopingspunten voor de opbouw van het spreidingshulpmiddel.

Vervolgens is in datzelfde hoofdstuk aandacht besteed aan de voor de besluitvorming relevante actoren in het ziekenhuis. Vervolgens ben ik nagegaan in hoeverre de werkelijkheid is te vatten in het theoretisch kader. Hiertoe heb ik een ordeningskader opgesteld om de verschillende documenten uniform te kunnen beoordelen. De resultaten van de toepassing van het ordeningskader vormen uitgangspunten bij het opstellen van het SHM. Deze zullen hiernavolgend worden samengevat.

In paragraaf 4.6 is het spreidingsbeleid van vier landen met elkaar vergeleken. Daarin komt naar voren dat bij de besluitvorming over spreiding vooral gebruik wordt gemaakt van descriptieve besluitvormingsmodellen. In elk van de landen¹ constateer ik tevens drie tendensen:

- De tendens om beslissingen rationeler voor te bereiden.
- De tendens om gebruik te maken van de technieken van MTA-onderzoek in reactie op de toename van het belang van inhoudelijke en maatschappelijke sturingsfactoren voor planning.
- De tendens om aan de allocatieve planning meer normatieve elementen toe te voegen.

Uit de bespreking van de drie spreidingscases komt naar voren dat elke casus op een verschillende manier is aangepakt, waardoor er grote verschillen zijn te constateren in de uiteindelijke uitkomsten van het gevoerde beleid. Vier elementen springen daarbij in het oog:

- Informatieachterstand bij de overheid.
- (Neiging tot) installatie van meer KMT-capaciteit dan strikt noodzakelijk is.
- Minimale substitutie.
- Door aanbod, inductie van de vraag.

Uit hoofdstuk 4 komt naar voren dat de medische professie bij de spreiding van KMT de volgende beïnvloedingssystemen hanteert:

- Expertise.
- Alliance.
- Strategic Candidates.
- Lording.
- Empire building.

De belangrijkste kritiek met betrekking tot spreiding van KMT is te vertalen in een aantal kenmerken van een goed spreidingsbeleid. Deze kenmerken zijn in de volgende begrippen samen te vatten:

- Zorgvuldigheid.
- Snelheid.
- Eenvoud.
- Betrokkenheid.
- Actualiteit.

Een aantal auteurs constateert (sommige van) deze kenmerken eveneens (Durieux, 1988,415; 1988,416; Grémy, 1983,429; Vrolijk, 1990,185; Jennet, 1988,550;1989,299).

Het model is opgesteld tegen de achtergrond van het zorgstelsel van 1989. In die tijd was het nog onduidelijk welk zorgstelsel uiteindelijk zou worden gekozen. Het SHM is echter zodanig opgesteld dat het met enige aanpassingen tevens toepasbaar is in een ander zorgstelsel. Belangrijk element daarbij is dat de overheid te kennen heeft gegeven invloed te willen blijven uitoefenen op de spreiding van topklinische zorg.

5.3 MODEL VAN EEN SPREIDINGSHULPMIDDEL (SHM)

5.3.1 OPBOUWPROCEDURE

Ik heb getracht de opbouw van het SHM zoveel mogelijk aan te sluiten bij de ideeën welke zijn verwoord in het wetsvoorstel wijziging WZV/WWO, echter het model wordt verder opgebouwd met als achtergrond het huidige gezondheidszorgstelsel.

De opbouw van het hulpmiddel start bij het indienen van een aanvraag voor ontwikkelingsgeneeskunde (OG). Dit punt is gekozen, omdat de KMT in de huidige situatie in de meerderheid van de gevallen geïntroduceerd wordt via het OG-circuit. Ik acht dit juist en tracht deze situatie in het SHM te bestendigen.

De ontwikkelingen met betrekking tot KMT worden door de GR in zijn jaaradviezen signaleerd. Een tweede informatiebron voor het veld is het tweejaarlijkse beleidsplan OG.

De onderzoeksgroep die in het kader van OG een project indient, wordt tevens gevraagd de hierna te behandelen SHM-vragenlijst in te vullen. Het projectvoorstel wordt besproken in de commissie OG van ZFR. Voor de wetenschappelijke beoordeling van de projectaanvragen maakt de commissie OG van de ZFR gebruik van NWO. NWO zoekt terzake deskundige referenten om de projectaanvragen te beoordelen. De SHM-vragenlijst wordt door de ZFR doorgestuurd naar het CvZ, dat sinds jaren een belangrijke planningondersteunende taak krachtens de WZV heeft. Mijns inziens is het CvZ daarom het meest aangewezen om de vragenlijst te vertalen in een spreidingsprofiel.

De SHM-vragenlijst vormt geen onderwerp van discussie in de commissie OG.

Indien een KMT-project door de commissie OG van ZFR wordt gehonoreerd, wordt deze KMT zo spoedig mogelijk onder artikel 18 WZV gebracht.

De reden hiervoor is dat artikel 18 een solide juridische basis verschaft om te voorkomen dat instellingen de te onderzoeken KMT aanschaffen, voordat het evaluatieonderzoek is afgerond.

Op basis van de SHM-vragenlijst heeft het CvZ inmiddels een eerste spreidingsprofiel opgesteld. Dit spreidingsprofiel is derhalve (het produkt van) het hulpmiddel, waarmee gewerkt wordt. Hierdoor kan een indruk worden verkregen van de behoefte als de KMT op dat moment zou worden verspreid.

Dit eerste spreidingsprofiel heeft slechts een signalerende functie voor de overheid/politiek. Het beantwoordt de vraag: "Op hoeveel plaatsen zou de KMT komen te staan *als de verspreiding nu zou worden toegestaan?*" Wanneer het reeds dan duidelijk is dat naar alle waarschijnlijkheid de KMT zal worden verspreid, kan daarvoor reeds in dit stadium (OG-stadium) geld voor worden opgevoerd in het FOZ. Het is dan immers een te voorziene ontwikkeling.

Vervolgens voert de onderzoeksgroep het project uit.

Deze onderzoeksgroep kan hetzij bestaan uit een onderzoeksgroep uit één ziekenhuis, hetzij een samenwerkingsverband van onderzoeksgroepen uit meerdere ziekenhuizen. Het OG-project heeft een op dat project afgestemde looptijd. De looptijd van OG-projecten is derhalve variabel. Periodiek stuurt de onderzoeksgroep tussenrapportages richting commissie OG van de ZFR.

Gelijktijdig met het opstellen van het evaluatierapport beantwoordt de onderzoeksgroep voor de tweede maal de SHM-vragenlijst. In deze beantwoording verwerkt zij haar bevindingen zoals deze zijn vastgelegd in het evaluatierapport.

Dit evaluatierapport wordt door de commissie OG van de ZFR beoordeeld. Deze toetst of in het evaluatierapport de vragen die bij aanvang van het project zijn gesteld, voldoende zijn beantwoord. Is dat niet het geval dan volgt eerst overleg met de onderzoeksgroep.

Wanneer het rapport voldoet aan de eisen van de commissie OG, dan wordt het rapport vrijgegeven en verstuurd naar ZFR, WVC en O&W. De ZFR stuurt het evaluatierapport naar de commissie Verstrekkingen, die de ZFR adviseert over het antwoord op de vraag: "Moet de KMT een verstrekking krachtens de ZFW worden of niet?" Haar advies wordt vervolgens besproken in de ZFR, en al dan niet gewijzigd of voorzien van een minderheidsstandpunt doorgestuurd naar de staatssecretaris van WVC. Deze neemt vervolgens een besluit.

Parallel hieraan wordt de SHM-vragenlijst gebruikt voor de opstelling van het tweede spreidingsprofiel.

Onafhankelijk van de inhoud van het advies dat door de ZFR wordt gegeven, blijft de artikel-18-status voor de desbetreffende KMT gehandhaafd. Wordt het een verstrekking, dan kan de spreiding van de KMT via artikel 18 worden gereguleerd en gecontroleerd. Wordt het geen verstrekking dan voorkomt artikel 18 dat ziekenhuizen toch de desbetreffende KMT aanschaffen, gegeven het feit dat uit de evaluatiestudie krachtens OG is gebleken dat verdere verspreiding *op dit moment nog niet zinvol wordt geacht*.

Het spreidingsprofiel wordt gepubliceerd, waardoor ziekenhuizen vooraf kunnen nagaan of hun aanvraag kans maakt. De aanvragen voor de KMT worden vervolgens getoetst aan het SHM.

De artikel 18 procedure kan worden versneld door gebruik te maken van de voorselectie door het SHM. Wanneer gebruik wordt gemaakt van het SHM is het opstellen van planningbesluiten overbodig geworden.

Voldoet het ziekenhuis aan de criteria genoemd in het spreidingsprofiel dan krijgt het toestemming de betreffende KMT aan te schaffen en te exploiteren. Het SHM gaat uit van de omvang van de patiëntendoelgroep die baat heeft bij een verrichting met de KMT en niet van het aantal inwoners. Op deze manier ontstaat een spreiding, die meer aansluit op de behoefte.

Indien de onderzoeksgroep in haar evaluatierapport tot de conclusie komt dat de KMT nog onvoldoende is ontwikkeld om in dit stadium reeds te worden verspreid dan kan de onderzoeksgroep toegestaan worden de KMT te behouden voor experimentele doeleinden. In dat geval blijft artikel 18 WZV eveneens van kracht. Op het moment dat wel voldoende duidelijkheid is over de potentiële mogelijkheden ervan, kan opnieuw een evaluatierapport worden ingediend. Dit wordt beoordeeld en doorloopt dezelfde cyclus. De financiering van het traject tussen onvoldoende ontwikkeld en voldoende ontwikkeld vormt een punt van aandacht. Ik kan mij voorstellen dat de industrie een gedeelte van de kosten voor haar rekening neemt. De industrie heeft namelijk baat bij een snelle vervolg ontwikkeling.

Zelfs is het mogelijk om in een later stadium van ontwikkeling wederom een aanvraag OG in te dienen.

Het SHM is niet statisch, maar juist dynamisch. Ieder jaar wordt aan de oorspronkelijke onderzoeksgroep² gevraagd de SHM-vragenlijst in te vullen (zie ook subparagraaf 5.3.4). Deze ingevulde vragenlijst wordt vervolgens weer gebruikt voor de opstelling van het volgende spreidingsprofiel. Dit laatste spreidingsprofiel komt in de plaats van het voorlaatste en wordt eveneens gepubliceerd.

Op deze manier kan ingespeeld worden op de eerder gepresenteerde levenscyclus van een nieuwe medische technologie (McKinlay). Op het moment dat de KMT als routineprocedure kan worden aangemerkt, komt dat tot uitdrukking in het spreidingsprofiel. Het gevolg daarvan is dat in principe ieder ziekenhuis over de KMT kan beschikken, waardoor de reden voor verdere kwantitatieve en kwalitatieve inhoudelijke beheersing is weggefallen. Op dat moment kan worden overwogen de artikel 18 status op te heffen (Zie ook figuur 17).

De bewaking van de kwalitatieve aspecten van de behandeling met de KMT wordt dan voortgezet door de ziekenhuisorganisatie via de commissie Intercollegiale Toetsing.

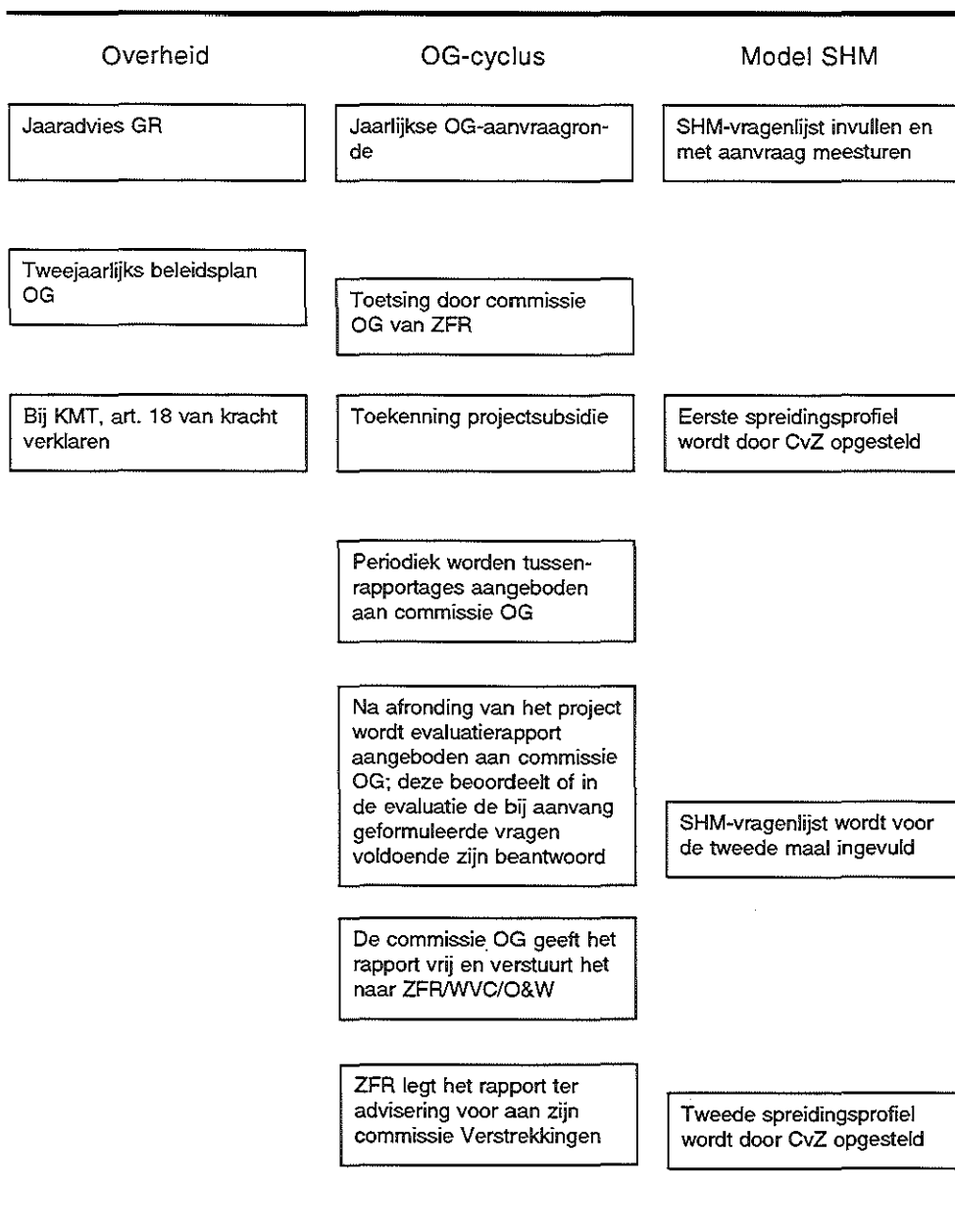
Een andere mogelijkheid is dat de wetenschappelijk vereniging zich daartoe inzet of dat een consensusprocedure via het CBO wordt gestart. De inhoudelijke input wordt aan het begin geleverd door de GR door middel van haar adviezen en door de leden van de onderzoeksgroep. Pas nadat het evaluatierapport is uitgebracht, kan een redelijk zinnige uitspraak worden gedaan over het nut van de KMT voor de Nederlandse gezondheidszorg.

De maatschappelijke discussie rond KMT wordt steeds openlijker gevoerd. In het model dient daar dan ook meer expliciet aandacht aan te worden gegeven. Voorkomen dient echter te worden dat er adviezen over adviezen worden gegeven en dat er een apart adviesorgaan zou worden opgericht om de maatschappelijke aspecten te bewaken. In de OG-cyclus wordt reeds expliciet aandacht gevraagd voor juridische, medisch-ethische, economische en maatschappelijke aspecten van de KMT. Feit blijft echter dat de OG-cyclus een sterk medisch professioneel karakter heeft. Als oplossing heb ik gekozen voor het opwaarderen van de inspraakmogelijkheden. De commissie Verstrekkingen van de ZFR kent een heldere inspraakstructuur. Deze voorziet in een hoorzitting van de commissie, waar vertegenwoordigers van patiëntengroeperingen en andere maatschappelijke clusters kunnen reageren op het evaluatierapport. De rapportage van deze hoorzitting maakt onderdeel uit van het advies van de commissie Verstrekkingen.

In de ZFR zijn vertegenwoordigers van de patiënten- en andere maatschappelijke organisaties opgenomen, zodat tijdens de vergaderingen van de ZFR de inbreng van het maatschappelijk middenveld redelijk gewaarborgd is. De ZFR kent daarnaast de mogelijkheid om een meerderheids- en minderheidsadvies uit te brengen.

Alvorens de staatssecretaris een besluit neemt, dient dit te worden voorgelegd aan de Tweede Kamer.

Hierdoor ontstaat een tweede mogelijkheid tot inspraak: de hoorzitting van de vaste Tweede-Kamer-commissie voor de Volksgezondheid. Hier kunnen vertegenwoordigers van eerder genoemde organisaties hun argumenten nogmaals uiteenzetten. Mocht de Tweede Kamer het op basis van het spreidingsprofiel berekende maximum aantal plaatsen te weinig vinden, dan kan zij dit aangeven. De Staatssecretaris zal dan op zijn beurt waarschijnlijk de vraag voorleggen waar de extra middelen daartoe vandaan dienen te komen. Het gaat immers om het stellen van prioriteiten.



Figuur 16: SHM-procedure in schema (1).

Overheid

OG-cyclus

Model SHM

Commissie Verstrekkingen bespreekt het rapport en houdt een hoorzitting (eerste inspraakmogelijkheid maatschappelijk middenveld)

Commissie Verstrekkingen formuleert een advies en stuurt dit naar ZFR

ZFR bespreekt advies en formuleert zijn standpunt, dat aan de staatssecretaris wordt voorgelegd

<i>Positief</i>	<i>Negatief</i>
<ul style="list-style-type: none">• Art. 18 handhaven• SHM hanteren bij aanvragen• Maatschappelijke discussie kan aanleiding geven tot bijstelling maximumaantal	<ul style="list-style-type: none">• Geen verstrekking• Art. 18 handhaven• Nader onderzoek in geval van veelbelovend, maar onvoldoende ontwikkeld stimuleren

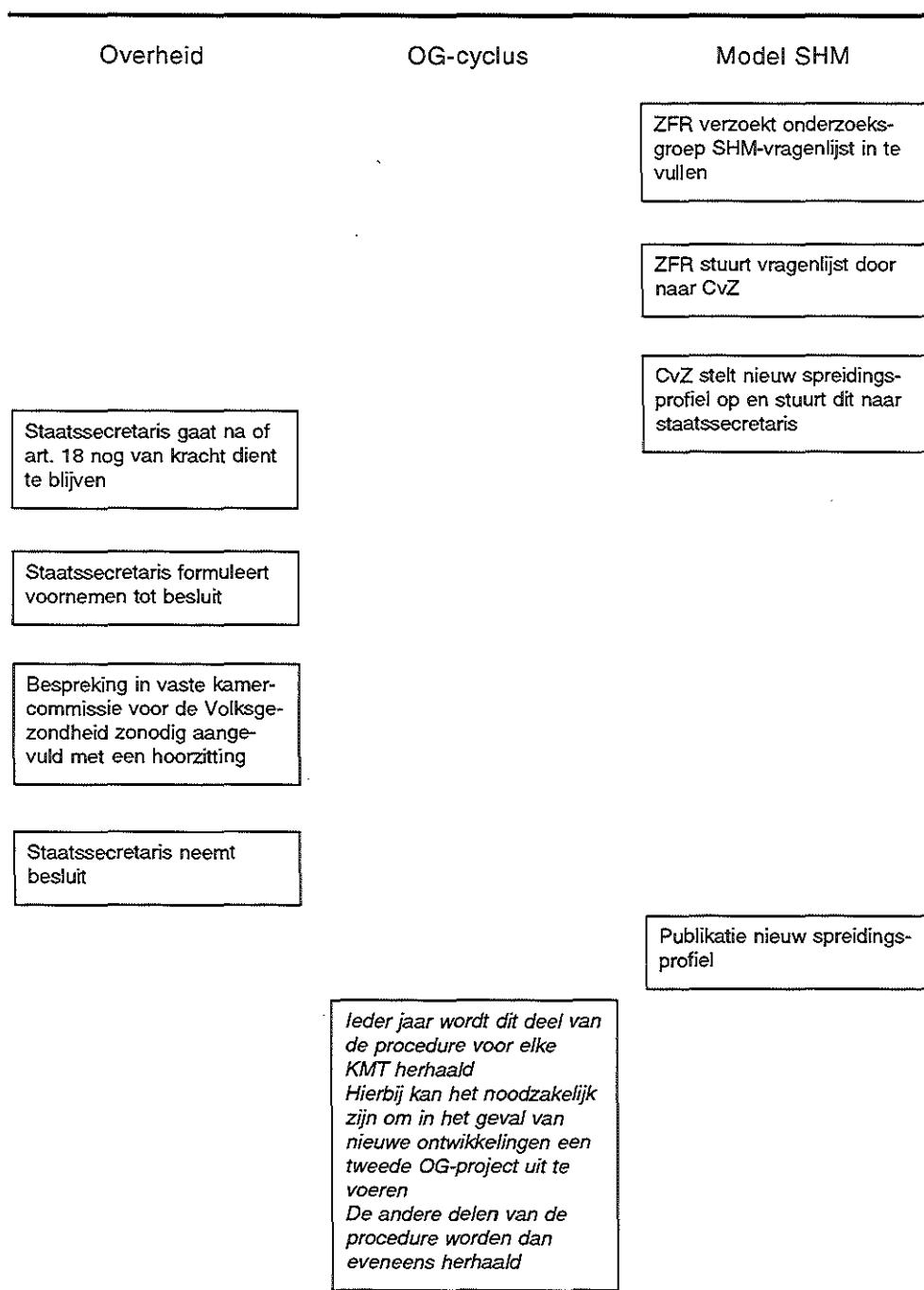
Staatssecretaris formuleert een voornemen tot besluit en legt dit voor aan de Tweede Kamer

Vaste kamercommissie voor de Volksgezondheid bespreekt dit en houdt een hoorzitting (tweede inspraakmogelijkheid maatschappelijk middenveld)

Staatssecretaris neemt besluit

Publikatie spreidingsprofiel

Figuur 16: SHM-procedure in schema (2).



Figuur 16: SHM-procedure in schema (3).

In figuur 16 wordt het hiervoor staande in schema weergegeven. Het schema wordt in de komende paragrafen nader toegelicht.

5.3.2 SHM-VRAGENLIJST

Uitgangspunt bij het opstellen van de vragenlijst is dat de medische professie reeds in een vroeg stadium informatie geeft die van belang kan zijn voor een eventuele verspreiding van de KMT op grotere schaal en bij deze problematiek wordt betrokken. Zij worden op die manier aangesproken op hun expertise³. Deze aanpak waarborgt de betrokkenheid.

Bij de beantwoording van de vragenlijst dient gebruik te worden gemaakt van een meta-analyse (Patel, 1989,298) van de op dat moment aanwezige literatuur. Deze meta-analyse kan reeds gedeeltelijk zijn verricht door de GR of moet door de aanvragende instelling zelf worden verricht respectievelijk worden aangevuld. Het verrichten respectievelijk aanvullen van een meta-analyse behoort niet tot het dagelijks werk van een onderzoeker. Reeds eerder is gewezen op de tendens van het aantrekken van MTA-deskundigen door ziekenhuizen (Rutten 1990,594). Dergelijke functionarissen kunnen een rol spelen bij het uitvoeren van een meta-analyse.

Vervolgens kan de vragenlijst worden beantwoord. De vragenlijst dient in eerste instantie te worden ingevuld door het team van specialisten dat bij de introductiefase van de techniek is betrokken. Teneinde een breder draagvlak te verkrijgen, verdient het aanbeveling dat de betrokken specialisten de vragenlijst tevens aan de orde stellen in hun beroepsvereniging.

Een dergelijke aanpak kan tot gevolg hebben dat er in een vroeg stadium initiatieven worden ontwikkeld om tot samenwerking te komen. De keerzijde is dat het bespreken van dergelijke projecten bedreigend kan zijn voor de onderzoeksgroep. Daarnaast of in de plaats daarvan kan het noodzakelijk zijn om buitenlandse experts te raadplegen⁴. Bij de interpretatie van de mening van een buitenlandse expert dient echter steeds nauwkeurig te worden gelet op verschillen⁵ in toepassing van de techniek.

De items die in de vragenlijst zijn verwerkt, zijn tevens ontleend aan diverse gesprekken die in de verkennende fase zijn gevoerd en een brief van het CvZ. In deze brief wordt op basis van een analyse weergegeven welke vragen bij de introductie en verspreiding van een KMT vooraf zouden moeten worden beantwoord (1982,569). Daarnaast zijn specifiek de Duitse richtlijnen bestudeerd (Bundesanzeiger, 1986,524).

De vragenlijst bestaat uit de volgende vragen:

- Dient iedere medisch specialist in het desbetreffende vakgebied de techniek naar uw verwachting op termijn te kunnen toepassen?
 - Zo ja, dient de techniek dan in ieder ziekenhuis waar het desbetreffend specialisme aanwezig is, te worden geïntroduceerd?
 - Zo nee, dient de techniek dan te worden toegewezen aan een aantal geselecteerde centra?
- Welke andere specialismen en/of technieken zijn voor een goede uitvoering van de techniek *in de directe nabijheid* noodzakelijk?
- Welke andere specialismen en/of technieken zijn wel noodzakelijk voor een goede uitvoering van de techniek, maar behoeven *niet in de directe nabijheid* voorhanden te zijn?
- Bij welke indicaties kan uit hetzij diagnostisch, hetzij therapeutisch oogpunt de techniek nuttig worden toegepast?
- *Gemiddeld* hoeveel maal moet een patiënt met een gedefinieerde indicatie aan een procedure met de KMT onderworpen worden?
- Uit welke leeftijdsgroepen zullen de *meeste* patiënten naar verwachting afkomstig zijn?
- Welke technieken kunnen op langere termijn door deze techniek worden gesubstitueerd?
- Een aantal detailvragen:
 - a. De handelingen die geschieden voor, tijdens en na het toepassen van de techniek bij een patiënt.
 - b. De gemiddelde tijd die iedere handeling in beslag neemt.
 - c. Welke medewerker(s), welke handeling uitvoer(t)(en).
 - d. Welke materialen bij welke handeling worden toegepast.
 - e. Geef aan welke handelingen bij ieder gebruik worden verricht.
 - f. Van welke handelingen kan reeds nu gezegd worden dat deze in de toekomst minder tijd zullen vergen en hoe groot zal de geschatte tijdwinst dan zijn.
 - g. etc.

De vragenlijst is voor iedere KMT identiek, waardoor het mogelijk wordt verschillende KMT'en met elkaar te vergelijken.

Bij iedere toepassing van de vragenlijst dient telkens te worden nagegaan of er nog nieuwe elementen in de meta-analyse moeten worden betrokken. Daarnaast dienen eveneens steeds alle vragen te worden beantwoord.

5.3.3 SPREIDINGSPROFIEL

De vragenlijst wordt gebruikt als basis voor de opstelling van het spreidingsprofiel. Daarnaast worden gegevens uit de SIG-, respectievelijk CBS-databestanden gebruikt. Voor deze aanpak is gekozen om discussies over de juistheid van informatie zoveel mogelijk te beperken. De SIG- en CBS-informatie behoren tot de categorie geaccepteerde informatie. Het spreidingsprofiel is het tweede onderdeel van het SHM en ziet er als volgt uit:

- a. Produktie-interval.
- b. Herhalingsfactor.
- c. Patiëntendoelgroepen.
- d. Procentuele leeftijdsverdeling.
- e. Potentiële populatie.
- f. Specialismen die in de directe nabijheid moeten zijn.
- g. Specialismen die wel noodzakelijk zijn, echter niet per se in de instelling zelf aanwezig hoeven te zijn.
- h. Spreidingscriterium:
 - Centraal, uitsluitend academisch.
 - Centraal, hetzij academisch, hetzij algemeen ziekenhuis.
 - Decentraal, iedere aanvraag die aan het spreidingsprofiel voldoet, wordt toegekend tot het maximumaantal plaatsen is uitgegeven.
- i. Maximaal aantal plaatsen waar de nieuwe techniek mag worden geïntroduceerd.

Puntsgewijze toelichting op het spreidingsprofiel:

Ad a.

Hiermee wordt het interval bepaald tussen minimum- en maximum-productie die met de techniek reëel kan worden behaald op het moment dat het spreidingsprofiel wordt opgesteld⁶. Uiteraard gecorrigeerd voor de uren dat er niet gewerkt kan worden wegens het verrichten onderhoudswerkzaamheden. Men gaat hierbij vooralsnog⁷ uit van een dagelijkse bedrijfstijd van maximaal 10 uur (8.00 uur t/m 18.00 uur)

Ad b.

De herhalingsfactor wordt bepaald door na te gaan hoeveel maal een patiënt uit de patiëntengroepen aan een procedure met de KMT gemiddeld moet worden onderworpen. Bij therapeutische KMT is dit van belang. Hierbij verwijs ik naar de NLT, waar de omschakeling van hoog vermogen naar laag vermogen NLT weliswaar de anesthesie bij de behandeling overbodig heeft gemaakt, maar het aantal behandelingen heeft doen toenemen.

Ad c.

Dit zijn de patiëntengroepen die in diagnostisch of therapeutisch opzicht in aanmerking komen. Hoe hoger de specialisatiegraad van de techniek, des te gedetailleerder kan de indeling zijn.

Ad d.

Op grond van de literatuur en de resultaten van de introductiefase kan een indeling worden gemaakt in leeftijdscategorieën die in aanmerking komen. Het is een procentuele verdeling waarbij geldt hoe groter het percentage des te groter is de kans dat patiënten uit die categorie kennis zullen maken met de nieuwe techniek. Deze leeftijdsverdeling kan indien mogelijk worden gekoppeld aan de onder b bepaalde patiëntencategorieën.

Ad e.

Op basis van de uit a, b en c verkregen informatie kan men de totale potentiële populatie schatten die mogelijk een beroep zal doen op de nieuwe techniek. Hiertoe wordt gebruikgemaakt van de SIG-diagnosenregistratie waar de nieuwe patiënten een indicatie geven voor de verwachte groei van de populatie.

Het cohort oude patiënten plus nieuwe patiënten kan een indicatie geven van de omvang van de totale patiëntenpopulatie. Per patiëntengroep wordt deze populatie bepaald. De som bepaalt dan de totale (geschatte) behoefte.

Ad f.

Hiermee wordt bedoeld op die specialismen die voor het dagelijks functioneren van de techniek van eminent belang zijn. Onder specialisten worden naast medisch specialisten ook technici begrepen.

Ad g.

Deze specialismen zijn wel noodzakelijk voor de continuering van de toepassing van de techniek, echter, zij zijn niet noodzakelijk voor het dagelijks functioneren. Derhalve hoeven zij niet perse in de instelling aanwezig te zijn.

Ad h.

Uit deze opsomming dient een keuze te worden gemaakt. Het kan namelijk voor de ontwikkeling van een KMT van belang zijn in eerste instantie uitsluitend ter beschikking te worden gesteld aan centra. Deze keuze geeft de mening van de medici die verbonden zijn aan de onderzoeksgroep weer.

Ad i.

De potentiële populatie (e) gedeeld door de grootte van het produktie-interval (a) vermenigvuldigd met een herhalingsfactor (b) kan het theoretisch maximaal aantal plaatsen worden bepaald waar de techniek zou kunnen worden geïntroduceerd. Hierbij dient nadrukkelijk te worden vermeld dat een ziekenhuisaanvraag pas wordt gehonoreerd als deze voldoet aan de andere criteria van het spreidingsprofiel⁸.

Reeds eerder heb ik opgemerkt dat het spreidingshulpmiddel wordt gepubliceerd, zodat de ziekenhuizen in hun aanvragen rekening kunnen houden met het spreidingsprofiel.

Iedere aanvraag kan nu op een eenvoudige wijze aan het spreidingsprofiel worden getoetst, omdat de benodigde gegevens per ziekenhuis aanwezig zijn.

Door het feit dat het SHM dynamisch van opzet is, is het mogelijk dat een ziekenhuis dat eerst wordt afgewezen, later wel aan de criteria van een derde of vierde spreidingsprofiel voldoet.

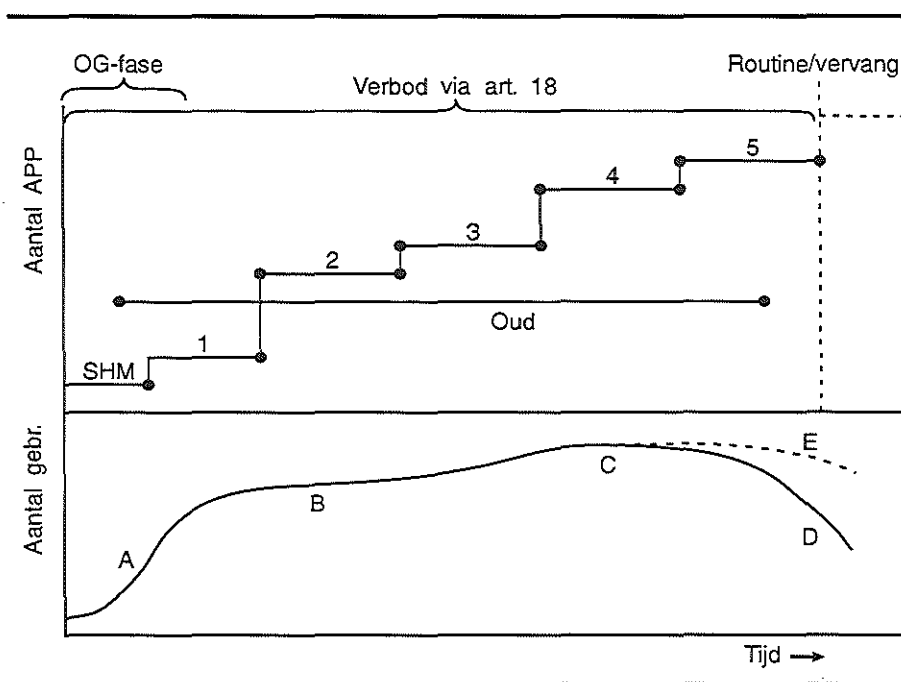
Hierdoor kan het in een later stadium de KMT alsnog in bezit krijgen.

Dit spreidingsprofiel is derhalve (het produkt van) het hulpmiddel waarmee gewerkt wordt.

5.3.4 EVALUATIE EN BIJSTELLING

Het SHM dient periodiek te worden geëvalueerd, omdat met name nieuwe technieken na hun introductie nog vele malen gemodificeerd worden, wat van invloed kan zijn op het spreidingsprofiel. Deze aanpassing dient gebaseerd te zijn op de informatie die verkregen wordt van het specialistenteam dat meegewerkt heeft aan de introductiefase. Hiertoe wordt hun jaarlijks gevraagd de SHM-vragenlijst in te vullen.

In figuur 17 wordt het SHM gerelateerd aan de levenscyclus KMT.



Figuur 17: Voorbeeld van een relatie tussen SHM en levenscyclus KMT.

Toelichting op de figuur.

Het doel van de figuur is het geven van een globaal inzicht in de verhoudingen SHM en levenscyclus KMT.

Gedurende de gehele periode dat het SHM wordt gehanteerd, valt de KMT onder artikel 18, beginnend bij de OG-fase. Met "oud" wordt bedoeld het planningbesluit uit de artikel-18-procedure zoals deze tot nu toe wordt gehanteerd. In de oude situatie is er eerst geen regelgeving, vervolgens een statische regelgeving middels een planningbesluit, waarbij nauwelijks rekening wordt gehouden met de levenscyclus van een KMT, en tot slot wordt de artikel 18 regulering gestaakt en de KMT vrijgegeven.

Met behulp van het SHM kan de levenscyclus van een KMT beter worden gevolgd. Met de cijfers 1 t/m 5 worden de opeenvolgende SHM's bedoeld. In het voorbeeld wordt uitgegaan van een toename. Het is echter vanzelfsprekend dat via het SHM ook een status-quo of zelfs een daling kan worden aangegeven.

Met de verticale stippellijn wordt het moment aangegeven dat de KMT een routineprocedure is geworden of vervangen wordt door een nieuwe KMT ("routine/vervang"). De horizontale stippellijn geeft het uiteindelijke maximumaantal weer, waarbij de markt theoretisch verzadigd is.

De betekenis van de lijnstukken in de grafiek betreffende de levenscyclus is:

Lijnstuk A is snelle groei van het aantal gebruikers.

Lijnstuk B is eerste steady state.

Lijnstuk C is tweede steady state na een implementatie van een verbetering.

Lijnstuk D is vermindering van het aantal gebruikers door introductie van een nieuwe KMT.

Lijnstuk E is routineprocedure, waarbij het aantal gebruikers geleidelijk afneemt, doordat er met enige regelmaat nieuwe ontwikkelingen op de markt verschijnen, die de moeite waard zijn.

5.4 UITVOERINGSORGANEN

Ik heb zoveel mogelijk getracht het SHM in te passen in bestaande organen en het te laten aansluiten op bestaande regelgeving⁹. Het opzetten van nieuwe organen en het opstellen van nieuwe regelgeving leidt enerzijds tot coördinatieproblemen, en anderzijds tot het creëren van mogelijkheden om de posities opnieuw te gaan vaststellen. Dit werkt mijns inziens contraproductief.

Bij de uitvoering van de SHM-procedure zijn de volgende uitvoeringsorganen betrokken:

- Gezondheidsraad:

De GR signaleert door middel van zijn jaaradviezen nieuwe ontwikkelingen, onder andere op het gebied van KMT.

- Ministerie van WVC:

Verklaart bij een OG-project rond een KMT artikel 18 WZV van kracht en geeft een vergunning aan ziekenhuizen met een goedgekeurde aanvraag¹⁰.

Stelt iedere twee jaar een beleidsplan OG op.

- Ziekenfondsraad:

De ZFR heeft de regie bij de OG-cyclus en controleert daardoor het verloop van de introductie.

- College van Ziekenhuisvoorzieningen:

Het CvZ stelt op basis van de SHM-vragenlijst het spreidingsprofiel op en toetst de aanvragen daaraan. De aanvraagbeoordeling door het CvZ wordt jaarlijks gerapporteerd aan het forum voor maatschappelijke discussie.

5.5 SUBSIDIERING VAN KMT

Het introductietraject wordt gefinancierd uit hoofde van ontwikkelingsgeneeskunde. Na afloop van het OG-project dient het ziekenhuis zelf de exploitatiekosten voor zijn rekening te nemen. Hierbij zijn in principe twee situaties denkbaar:

Evaluatierapport geeft negatief oordeel

Dan dient het ziekenhuis te trachten zijn exploitatiekosten te dekken door middel van subsidiëring door de industrie.

Evaluatierapport geeft positief oordeel, maar besluitvorming nog niet rond (Wachtkamer)

In dat geval kan de financiering, zoals deze gold tijdens het OG-traject worden overgenomen door de AWBZ, gelet op het tijdelijke karakter. De besluitvorming dient immers te worden afgesloten binnen één jaar.

Op het moment dat het besluitvormingstraject is voltooid, wordt de nu te bespreken tijdelijke stimuleringssubsidie van kracht. Deze subsidie geldt ook voor het centrum dat de KMT in het kader van OG heeft aangeschaft.

Ziekenhuizen die een nieuwe techniek in een pril, en daardoor onzeker stadium van ontwikkeling aanschaffen, lopen een zeker risico. Daarom acht ik het verdedigbaar dat zij een stimuleringssubsidie ontvangen, waarmee zij *een deel* van hun exploitatie en afschrijvingskosten kunnen dekken. De overige middelen dienen door het ziekenhuis zelf door reallocatie te worden gevonden. Gelet op het stimuleringskarakter wordt de subsidie voor bijvoorbeeld twee jaar toegekend. Aan de subsidie dient de eis te worden verbonden dat het ziekenhuis zich inspant specialisten uit andere centra op te leiden in de bediening van de KMT.

De stimuleringssubsidie wordt automatisch verstrekt bij honorering van de aanvraag, zodat een bureaucratisch circuit daarmee wordt voorkomen. De vaststelling van de hoogte van de subsidie wordt bepaald door de ZFR en wordt eveneens jaarlijks beoordeeld¹¹. Wanneer blijkt dat de KMT in een zodanig ontwikkelingsstadium is gekomen dat kan worden gesproken van een voorlopig einde van de ontwikkelingsfase¹², dient de stimuleringssubsidie te worden gestaakt¹³.

Ziekenhuizen die dan een aanvraag indienen lopen nauwelijks enig risico, omdat zij gebruikmaken van de expertise die in de vroeg aanschaffende ziekenhuizen reeds is opgebouwd.

De subsidie betreft, zoals gezegd, slechts een gedeeltelijke kostendekking.

In het regionaal overleg met de zorgverzekeraars kan het ziekenhuis trachten aanvullend budget te verkrijgen. Nadrukkelijk wordt gesteld dat dit een taak is van het regionaal overleg, dat immers het beste op de hoogte is van de regionale situatie.

Het totale subsidiebedrag dat voor stimulering van nieuwe KMT wordt uitgetrokken, wordt jaarlijks vastgesteld en opgenomen in het FOZ.

In het kader van dit onderzoek voert het te ver om de subsidieregeling verder uit te werken.

De hier gepresenteerde subsidiemethodiek heb ik subsidiestratificatie genoemd.

5.6 KANALISERING VAN GELDSTROMEN

Teneinde het model te laten functioneren, is het van belang dat initiatieven voor projecten met KMT via de OG-cyclus lopen, zodat deze op uniforme wijze worden beoordeeld en vervolgd. Het OG-circuit staat in aanzien en wordt vooralsnog als onafhankelijk gezien. De afgelopen tijd valt de tendens reeds te bespeuren dat andere fondsen geen OG-achtige projecten meer financieren, maar de aanvragers reeds op voorhand doorverwijzen naar het OG-circuit. Een mogelijkheid is dat ziekenhuizen slechts voor een deel financiering via het OG-circuit aanvragen. De overige financiering wordt dan betrokken uit andere geldbronnen. Op die manier kunnen dan grote projecten worden uitgevoerd onder de vlag van OG, maar slechts met een gedeeltelijke financiële input vanuit OG.

Eindnoten

1. Uiteraard geldt dit niet voor alle bestudeerde landen in dezelfde mate. Bijvoorbeeld in de VS zijn de tendensen slechts marginaal aanwezig.
2. De praktijk is dat deze onderzoeksgroep veelal nog enige tijd geïnteresseerd blijft in de KMT. Derhalve kan deze groep als referentiegroep worden gebruikt.
3. Dit sluit aan op hetgeen is geconstateerd bij de bespreking van de drie spreidings-cases. De medici maken frequent gebruik van het expertisebeïnvloedingssysteem. In het SHM wordt dit beïnvloedingssysteem controleerbaar gemaakt.
4. Met name bij technieken waar geen fundamentele research in Nederland is verricht.
5. Tussen landen kunnen verschillen bestaan in de toepassing van KMT. Dit dient men zich bij interpretatie van de mening van de buitenlandse expert steeds goed realiseren.
6. Deze toevoeging is van belang, omdat door het toenemen van de kennis het mogelijk is dat dit interval kleiner wordt, wat weer consequenties heeft voor het te plaatsen aantal.
7. Vooralsnog, in verband met de discussie over vergaande bedrijfstijdverlenging.
8. Vandaar dat ook gesproken wordt van een theoretisch aantal. In het geval er te weinig geclassificeerd personeel is, kan frequent niet aan alle criteria van het spreidingsprofiel worden voldaan, zodat het te realiseren aantal kleiner is.
9. Bestaande regelgeving in het nu nog steeds vigerende gezondheidszorgstelsel.
10. Eventuele afstemming met O&W is reeds in de OG-cyclus betrokken.
11. Bij een scherpe prijsdaling wordt op die manier voorkomen dat lange tijd het subsidiebedrag te hoog is.
12. KMT is vrij van kinderziektes etc.en er is voldoende ervaring mee opgedaan.
13. In dit stadium hoeft de KMT niet noodzakelijkerwijs reeds een routineprocedure te zijn geworden.

Hoofdstuk 6

VELDONDERZOEK

6.1 INLEIDING

In hoofdstuk 5 is een model van een spreidingshulpmiddel ontwikkeld. Teneinde na te gaan in hoeverre het hulpmiddel een bijdrage kan leveren aan de discussies rond introductie en spreiding van kostbare medische apparatuur in Nederland is een veldonderzoek verricht.

De interviews bestonden uit twee delen:

- Een algemeen deel, waarin de mening werd gevraagd over zaken die in de literatuurstudie naar voren zijn gekomen.
- Een specifiek deel waarin van gedachten werd gewisseld over het spreidingshulpmiddel en waarin met name aandacht werd besteed aan de toepassingsmogelijkheden.

Bij de keuze voor een veldonderzoek bij een beperkt aantal geselecteerde gesprekspartners heb ik mij de beperkingen van dit soort kwalitatief beleidsonderzoek gerealiseerd. Dergelijk onderzoek is niet generaliseerbaar. Het is gebaseerd op interviews die diepgaand over een bepaald onderwerp zijn gevoerd. Op deze manier verzamelde gegevens geven een indruk van de meningen die er in het veld leven. Het is echter met inachtnaam van hiervoor staande gerechtvaardigd om na analyse van het materiaal een aantal conclusies te trekken.

Dit veldonderzoek zal in dit hoofdstuk worden besproken.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

6.2 Doelen van het veldonderzoek.

6.3 Opzet van het veldonderzoek.

- 6.3.1 Aandachtspuntenlijst.
- 6.3.2 Keuze gesprekspartners.
- 6.3.3 Verwerking van de gegevens.

6.4 Response en algemene indruk.

6.5 Reacties op het algemene deel.

- 6.5.1 Inleiding.
- 6.5.2 Directies¹ academische ziekenhuizen.
- 6.5.3 Directies algemene ziekenhuizen.
- 6.5.4 Medici academische ziekenhuizen.
- 6.5.5 Medici algemene ziekenhuizen.
- 6.5.6 Zorgverzekeraars.
- 6.5.7 Adviesorganen.
- 6.5.8 Rijksoverheid.
- 6.5.9 Provinciale overheid.
- 6.5.10 Industrie.
- 6.5.11 Patiënten.
- 6.5.12 Toetsing aan het ordeningskader.

6.6 Reacties op het model van een spreidingshulpmiddel.

- 6.6.1 Positieve elementen.
- 6.6.2 Negatieve elementen.
- 6.6.3 Suggesties voor verbetering.

6.2 DOELEN VAN HET VELDONDERZOEK

Bij de start van het veldonderzoek zijn de volgende doelen² geformuleerd:

- Indruk krijgen van meningen in het veld over het proces van besluitvorming rond introductie en spreiding van kostbare medische apparatuur.
- Rollen en functies van ziekenhuisdirectie en medici bij de verwerking van kostbare medische apparatuur.
- Inzicht verkrijgen in de meningen omtrent de hanteerbaarheid, eerlijkheid, toepasbaarheid en beheersbaarheid van het spreidingshulpmiddel, kortom inzicht in het draagvlak.
- Ideeën verzamelen voor verbetering van het hulpmiddel.
- Inventariseren van verschillen en overeenkomsten tussen de academische en algemene centra met betrekking tot de aanschaf en spreiding van kostbare medische apparatuur.

Uitgaande van de aldus geformuleerde doelen is het veldonderzoek opgezet.

6.3 OPZET VELDONDERZOEK

6.3.1 AANDACHTSPUNTENLIJST

De interviews zijn afgenomen volgens de semi-gestructureerde interview-techniek. Deze techniek is gekozen, omdat deze voldoende vrijheid biedt voor discussie, maar toch door een aandachtspuntenlijst zodanig is gestructureerd dat de resultaten van de verschillende interviews vergeleken kunnen worden.

Voor dit onderzoek is een lijst ontwikkeld die bestaat uit twee delen: een algemeen deel en een specifiek deel. In het algemene deel worden met name vragen gesteld die ten doel hebben meer inzicht te krijgen in het proces van besluitvorming, alsmede de ervaringen met het aanschaffen van kostbare, medische apparatuur. In het specifieke deel wordt gevraagd naar een mening over het spreidingshulpmiddel, waarbij tevens wordt doorgevraagd naar suggesties voor verbetering. In hoofdstuk 8 is deze lijst opgenomen.

6.3.2 KEUZE GESPREKSPARTNERS

Bij de uitwerking van de literatuurstudie werd duidelijk welke partijen een rol spelen bij de introductie, aanschaf en spreiding van kostbare medische apparatuur. Bij de opsomming van de partijen wordt steeds kort aangegeven welke rol een individuele partij speelt. De partijen zijn:

- Ministerie van O&W:
Ministerie dat tot voor kort de AZ'en onder zijn hoede had³.
- Ministerie van WVC:
Ministerie dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van de WZV en derhalve tevens verantwoordelijk voor het artikel-18-beleid
- Provincies:
Er is tevens gesproken met vertegenwoordigers van het provinciaal niveau waaronder de twee onderzoeksregio's vallen. De provincies hebben een belangrijke adviestaak in de artikel-18-procedure en bij de uitvoering van de WZV in het algemeen.

- Gezondheidsraad:
Als adviesorgaan verantwoordelijk voor het geven van inzicht aan de minister inzake de ontwikkelingen binnen de medische wetenschap.
- Ziekenfondsraad:
Als coördinerend adviesorgaan verantwoordelijk voor de verdeling van de gelden van ontwikkelingsgeneeskunde.
- College van ziekenhuisvoorzieningen:
Adviesorgaan bij de uitvoering van de WZV en bij infrastructurele aanpassingen om kostbare medische apparatuur in een ziekenhuis te plaatsen.
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg:
Instantie die tarieven vaststelt voor de verrichtingen die met KMT kunnen worden uitgevoerd.
- Ziekenhuisdirecties:
Colleges die afwegingen maken bij de aanschaf van apparatuur.
- Medisch specialisten:
Initiërende actoren bij de aanschaf van apparatuur.
- Zorgverzekeraars:
Verantwoordelijk voor financiering KMT⁴.
- Industrie:
Leverancier en soms de ontwikkelaar van de apparatuur.
- Patiënten:
Eindgebruiker van KMT.

In de vorige paragraaf is als doel van het veldonderzoek onder andere genoemd het nagaan van de verschillen en overeenkomsten tussen academische en niet-academische ziekenhuizen in de benadering van kostbare medische apparatuur.

Om de mogelijkheid te hebben dit te analyseren, is bij de keuze van gesprekspartners daar reeds op de volgende manier rekening mee gehouden:

Er zijn gesprekspartners⁵ geselecteerd uit:

- 8 AZ'en.
- Ziekenhuizen regio Dordrecht⁶.
- Ziekenhuizen regio Stedendriehoek^{7 8}.

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen, zijn in beide regio's tevens de daar actieve zorgverzekeraars in het onderzoek betrokken. Er zijn uiteindelijk twee zorgverzekeraars (respectievelijk KLOZ- en VNZ-lid) uitgekozen die over een grote ervaring met academische ziekenhuizen beschikken. De uiteindelijke gesprekspartners zijn zorgvuldig geselecteerd en zijn te beschouwen als opinieleiders binnen hun organisaties.

6.3.3 VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De interviews werden gehouden ten kantore van de gesprekspartners aan de hand van de aandachtspuntenlijst. Bij de bespreking van het spreidingshulpmiddel werd een korte toelichting gegeven. Hierin werd de achtergrond van de totstandkoming van het spreidingshulpmiddel, alsmede werden enkele elementen uit de samenvatting op een uniforme wijze verduidelijkt. Na afloop van het gesprek werd van elk gesprek een verslag gemaakt. Dit verslag volgt de opbouw van de aandachtspuntenlijst. Hierdoor is het mogelijk om per aandachtspunt opmerkingen van verschillende gesprekspartners te vergelijken. Gelet op de gehanteerde semi-gestructureerde methode en het feit dat bij onduidelijkheden is doorgevraagd, zijn de verslagen niet ter becommentariëring aan de gesprekspartners voorgelegd. Wanneer tijdens het uitwerken van de aantekeningen alsnog onduidelijkheden werden geconstateerd, werd telefonisch om verduidelijking gevraagd. De verslagen vormen de basis voor de verdere verwerking van de gegevens.

6.4 RESPONSE EN ALGEMENE INDROUK

Response

In onderstaande tabel wordt de respons weergegeven:

Aangeschreven:	63 personen
Doorverwezen naar andere gesprekspartner	11 maal
Gesprekspartner liet zich vergezellen door een tweede deskundige	4 maal
Gesprek geweigerd door	5 personen ⁹
Gecombineerde gesprekken (twee aangeschreven personen die te kennen geven dat één namens hen beiden spreekt)	2 maal
Response (aantal aangeschreven personen minus weigeringen gedeeld door aantal aangeschreven personen)	92%

Algemene eerste indruk

Alle gesprekken zijn in een goede, coöperatieve en openhartige sfeer verlopen. Het blijkt dat het onderwerp kostbare medische apparatuur een belangrijk aandachtspunt vormt voor alle partijen, met name in het licht van de op stapel staande veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Een groot deel van de gesprekspartners heeft actief meegedacht over het spreidingshulpmiddel. Geen enkele gesprekspartner heeft het model op voorhand reeds verworpen. De algemene eerste indruk die de onderzoeker heeft gekregen na uitvoering van dit veldonderzoek, is dat de problematiek rond spreiding van kostbare medische apparatuur bij alle partijen leeft, en dat men van mening is dat de spreiding op een eenvoudige manier gereguleerd dient te worden.

6.5 REACTIES OP HET ALGEMENE DEEL

6.5.1 INLEIDING

In deze paragraaf zal het algemene deel van het veldonderzoek worden uitgewerkt.

De volgende indeling wordt gehanteerd:

- 6.5.2 Directies academische ziekenhuizen.
- 6.5.3 Directies algemene ziekenhuizen.
- 6.5.4 Medici academische ziekenhuizen.
- 6.5.5 Medici algemene ziekenhuizen.
- 6.5.6 Zorgverzekeraars.
- 6.5.7 Adviesorganen.
- 6.5.8 Rijksoverheid.
- 6.5.9 Provinciale overheid.
- 6.5.10 Industrie.
- 6.5.11 Patiënten.
- 6.5.12 Toetsing aan het ordeningskader.

De hoofdindeling van de paragrafen 2 t/m 10 is als volgt:

- Nieuwsgaring.
- Bespreking en criteria.
- Rol van de overheid.
- Samenspel directie - overheid.

6.5.2 DIRECTIES ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

Nieuwsgaring

De directies worden voor het overgrote deel door de medisch specialisten uit het eigen ziekenhuis geattendeerd op nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast wordt in mindere mate, maar met een stijgende tendens gebruikgemaakt van eigen netwerken (VAZ en IHDF). Informatie via vakliteratuur en congressen speelt een ondergeschikte rol. De wandelgangen¹⁰ in de congresgebouwen spelen veelal een belangrijkere rol dan de inleidingen. Men merkt op dat informatie uit literatuur en congressen vaak naijlt, een punt van kritiek dat men doortrekt naar de informatievoorziening afkomstig van de GR¹¹.

Bespreking en criteria

Voor de bepaling of een nieuwe ontwikkeling¹² interessant is voor het AZ worden verschillende benaderingswijzen gehanteerd. In het hiernavolgende worden deze opgesomd:

- **Kwartaaloverleg:**
In dit overleg wordt door medici, directie en eventuele ondersteunende diensten gesproken over de nieuwe ontwikkelingen en hun implicaties voor het AZ. Daarnaast wordt in dit overleg aandacht besteed aan standaardisatievraagstukken. In ieder kwartaaloverleg wordt een bepaald thema aan de orde gesteld dat wordt voorbereid om een ongestructureerde discussie te voorkomen.
- **Jaarplanprocedure:**
Jaarlijks worden de wensen van de verschillende afdelingen met betrekking tot nieuwe ontwikkelingen gepeild en in kaart gebracht. De gegevens worden vervolgens in een commissie besproken, waarin vertegenwoordigers zitting hebben van medici, verpleging, technici, fysici, financiële deskundigen en directie. Deze commissie stelt het jaarplan op, waarin een prioriteitenlijst voor nieuwe ontwikkelingen is opgenomen.
- **Meerjareninvesteringsbegroting (MIB):**
Dit is een variant op de jaarplanprocedure, waarin tevens wordt gevraagd een aantal jaren vooruit te kijken. Jaarlijks wordt deze begroting aangepast aan de jongste stand van zaken. De gebruikers ervan wijzen erop dat op die manier meer inzicht kan worden verkregen in de consequenties van de aanschaf van nieuwe ontwikkelingen, waaronder KMT, op de lange termijn.
- **Onderhandelingen met nieuwe hoogleraren:**
De komst van een nieuwe hoogleraar blijkt een goede gelegenheid te zijn om meerjarenafspraken te maken op het gebied van nieuwe ontwikkelingen. Het is de directie dan mogelijk om haar beleid met betrekking tot dat gebied vorm te geven zonder gehinderd te worden door het verleden. De resultaten van dergelijke onderhandelingen worden vastgelegd.

- Procedure ontwikkelingsgeneeskunde:
Alle AZ'en hebben een structuur opgezet waarin aanvragen voor ontwikkelingsgeneeskunde worden besproken. Deze structuur komt qua opzet overeen met de procedures rond jaarplannen, echter er wordt eveneens een wetenschappelijke toets uitgevoerd. Daarnaast is de invloed van de ondersteuning bij dergelijke wetenschappelijke aanvragen geringer.

Een aantal AZ'en hanteert de divisiestructuur. Een divisiestructuur biedt de mogelijkheid de overwegingen voor het al dan niet aanschaffen van een nieuwe ontwikkeling laag in de organisatie te leggen. De prioriteitenstelling binnen een divisie wordt door het divisie management gecoördineerd. Ook de consequenties ervan zijn voor rekening van dat management. Afbouwoperaties worden op deze manier eveneens daar ondernomen. Op die manier houdt de directie haar handen vrij om als beroepsinstantie te functioneren en te sturen op de grote lijnen.

Nieuwe ontwikkelingen worden door de AZ'en getoetst aan criteria. Het blijkt dat deze criteria niet voor elk AZ dezelfde zijn. De criteria zijn afhankelijk van de plaatselijk ziekenhuisorganisatiestructuur en -cultuur. Een opsomming van de meest gangbare:

- Toetsing aan het medisch profiel c.q. de zwaartepunten:
Een aantal AZ'en hebben een sterkte-zwakteanalyse uitgevoerd en op basis daarvan een medisch profiel opgesteld, waarin zij aangeven op welke gebieden men goed is en goed wil blijven, welke gebieden zwak zijn en derhalve moeten worden afgebouwd. Dit afbouwen kan slechts in het geval er geen consequenties zijn voor de gebieden waar men goed in is. Sommige AZ'en stellen dit medisch profiel in nauwe samenspraak met hun faculteiten op, terwijl andere een eigen profiel naast dat van de faculteit neerzetten. Een medisch profiel kan duidelijk en gedetailleerd zijn of vaag en breed, zodat het met weinig fantasie op elke nieuwe ontwikkeling is te betrekken. Welk soort profiel wordt opgesteld is afhankelijk van het samenwerkingsklimaat tussen directie, medische staf en faculteit. In het medisch profiel kunnen onderbelichte gebieden als zwaartepunt worden gedefinieerd en op die manier worden gestimuleerd.

- **Infrastructuur:**
Hiermee wordt vooral gedoeld op personele (inspirerende hoogleraar met een goed team medewerkers) en materiële capaciteit (ondersteunende afdelingen voldoende geëquipeerd).
- **Verbetering van het academisch klimaat:**
Hiermee wordt gedoeld op de onderzoeks-spin-off die de aanschaf voor het AZ heeft. Vaak gaat het om hoge investeringen, waarvoor vele groepen gelden moeten inleveren.
- **Exploitatietechnisch haalbaarheid.**
- **Medische effectiviteit:**
In sommige gevallen wil men reeds in het begin enige duidelijkheid over de medische effectiviteit van een nieuwe ontwikkeling.
- **Ondersteunend aan patiëntgebonden onderzoek:**
Patiëntgebonden onderzoek is bij een aantal AZ'en een belangrijk thema. Een nieuwe ontwikkeling die verschillende gebieden van patiëntgebonden onderzoek ondersteunt, is in dat geval gunstig.

Naast deze algemene criteria is er een aantal in het oog springende criteria genoemd door enkele AZ-directies:

- Sommige AZ'en hanteren het criterium dat ze graag voorloper willen zijn en dus proberen de nieuwe ontwikkeling in een zo vroeg mogelijk stadium in huis te hebben. Bij doorvragen blijkt dat daarnaast wel degelijk een impliciet profiel wordt gehanteerd. Daarin wordt met name de kwaliteit en de status van de betrokken hoogler(a)ar(en) in deze toetsing meegenomen. Dit laatste in verband met de uitstralingseffecten voor het AZ.
- De mogelijkheid tot samenwerking met algemene ziekenhuizen wordt door geen van de AZ'en als criterium genoemd. Het valt op dat men samenwerking op het gebied van KMT uit de weg gaat. Men is van mening dat samenwerking op die gebieden lastig is doordat er dan meer moet worden gecoördineerd en afgestemd. De onderzoeker kreeg echter de indruk dat men de roem niet wenst te delen¹³.

De activiteiten die in dat kader door stichtingen samenwerkende ziekenhuizen worden ontplooid, hebben voornamelijk betrekking op de meer eenvoudige gebieden. Een enkeling beschouwde deze stichtingen als cosmetische stichtingen om een toneel te hebben waar men samenwerking kan veinzen, maar ondertussen zijn eigen koers kan blijven varen.

- Eén gesprekspartner liet in een vroege fase reeds de exploitatie-technische haalbaarheid in een vroege fase reeds onderzoeken, om te voorkomen dat veel energie werd gestoken in activiteiten die op voorhand reeds uiterst kostbaar zijn. Aanvaardt men dergelijke consequenties, dan bestaat daarover in een vroeg stadium reeds duidelijkheid.

In de meeste gevallen wordt een gedetailleerd onderzoek naar de consequenties pas uitgevoerd, nadat een beslissing op grond van meer globaal onderzoek is genomen. Hierbij wordt dan met name gedoeld op personele, financiële en infrastructurele consequenties. Op het gebied van inzicht in kosten werd een tweedeling aangetroffen. Aan de ene kant zijn er AZ'en die zeer gedetailleerd kostprijsonderzoek (hebben) verricht(en). Deze AZ'en zijn vrij nauwkeurig op de hoogte van de kosten van afzonderlijke activiteiten. Zij zijn in staat om vrij snel en redelijk nauwkeurig inzicht te verkrijgen in de exploitatietechnische consequenties van aanschaf van een KMT. Aan de andere kant zijn er enkele AZ'en die werken met een globaler systeem, waarmee inzicht wordt verkregen in de hoogte van bepaalde kostencategorieën. Hiermee zijn ook schattingen te maken van de exploitatietechnische consequenties, zij het minder nauwkeurig. Er is echter bij alle AZ'en een tendens waar te nemen richting het in een vroeg stadium verrichten van een uitgebreider onderzoek naar de consequenties van aanschaf. Op die manier kunnen de consequenties meer en detail worden meegenomen in de beslissing.

In diverse AZ'en wordt samenwerking tussen inhoudelijk deskundigen en kostendeskundigen gestimuleerd. In het kader van de steeds hoger wordende eisen die gesteld worden aan aanvragen voor wetenschappelijk onderzoek is een aantal AZ'en ertoe overgegaan MTA-deskundigen aan te trekken. Deze deskundigen kunnen met name invulling geven aan die elementen die wel in het onderzoek dienen te worden opgenomen, maar die een andere onderzoeksmethodiek vergen.

In de toekomst zal men dus steeds frequenter samenwerking zien tussen een kostendeskundige, een inhoudelijk deskundige en een MTA-deskundige bij de voorbereiding van aanvragen.

Per nieuwe ontwikkeling bepaalt het AZ op welke manier men de financiering wil regelen. Voor de financiering van nieuwe ontwikkelingen staan de volgende kanalen open:

- Financiering uit eigen middelen door herverdeling:
Wordt meestal als laatste mogelijkheid gezien, omdat het als consequentie heeft dat er partijen binnen het AZ zijn die dan moeten inleveren, waardoor er conflicten kunnen ontstaan.
- Financiering via functieverruiming:
Langdurige geschiedenis, waardoor de kans reëel is dat anderen eerder zijn. Medici in AZ'en willen snel een nieuwe ontwikkeling ter beschikking hebben, omdat medici in AZ'en een constante angst hebben "achter te gaan lopen", zoals een gesprekspartner het uitdrukte.
- Financiering via Artikel-18-procedure:
In verhouding tot functieverruiming een nog langer traject met tal van onzekerheden. In de huidige systematiek moet het AZ in het planningbesluit worden genoemd. Anders heeft een aanvraag geen zin.
- Financiering via ontwikkelingsgeneeskunde:
Een goede mogelijkheid, omdat men het initiatief behoudt en ontwikkelingsgeneeskunde nochtans als redelijk objectief te boek staat. Bovendien uitsluitel binnen een jaar
- Financiering vanuit de industrie:
Wordt in de praktijk frequent toegepast, echter, een directie heeft hier nog relatief weinig grip op, omdat de industrie zich in veel gevallen nog richt op de medisch specialist. Enkele AZ'en hadden op directieniveau echter uitgebreide contacten met de industrie, en wisten op die manier zaken soepel te regelen. Men vormde in die gevallen een koppel met de medici. Sommige AZ'en zijn huiverig voor te veel contacten met de industrie uit angst zich te veel aan één industrie te binden.

- Financiering door middel van stimuleringsubsidies van:
Regionale zorgverzekeraars.
Onderzoeksfondsen.
Overheid (Economische zaken, WVC of O&W).

In toenemende mate wordt getracht dergelijke traject af te lopen, maar deze zijn lang en soms veeleisend, met name op het gebied van samenwerking.

De rol van de overheid¹⁴

Unaniem zijn de gesproken ziekenhuisdirecties van mening dat de overheid zeer traag en niet eenduidig reageert op (aan)vragen van ziekenhuizen. De inhoud van de reactie wordt gekenmerkt door overdetaillering en zoals één van de gesprekspartners het kernachtig uitdrukte, "gegoochel met niet te verifiëren cijfers". Daarnaast wordt inhoudelijk commentaar gegeven, dat vaak is gebaseerd op achterhaalde informatie of verkeerde interpretatie van informatie¹⁵. Op dit moment wordt er nog veel dubbel werk verricht. De overheid stuurt op dit moment te veel op personeel en budget. Door dit gedrag van de overheid is het informele circuit belangrijk. Als men van tevoren weet naar welke punten bij het aanvragen van vergunningen met name zal worden gekeken, kan daar extra aandacht aan worden besteed. Op die manier kan veel dubbel werk en daardoor tijdverlies worden voorkomen.

Opvallend is dat slechts een deel van de directies specifieke aandacht geven aan het opereren in het informele overheidsircuit.

Men is van mening dat de overheid met de veelheid aan regelgeving te veel plaatsneemt op de stoel van directie. Volgens een groot aantal gesprekspartners zou de overheid geloofwaardiger overkomen wanneer zij de AZ'en stuurt op basis van hun beleidsplannen. De overheid zou zich dan bezig kunnen houden met een verdeling van de functies over de diverse AZ'en.

De directies bekritisieren alle de rol van overheid en adviesorganen bij de uitvoering van artikel 18. Alhoewel artikel 18 officieel niet op de AZ'en van toepassing was werd men er toch mee geconfronteerd. De AZ'en werden in de planningbesluiten meegenomen. Vooral bij uitbreiding van de capaciteit van artikel-18-functies werd men soms op een onaangename manier verrast door de inhoud van planningbesluiten.

Verrast, omdat er in sommige planningbesluiten een passage was opgenomen waaruit bleek dat bij uitbreiding van de capaciteit de uitbreiding niet in de bestaande inrichting mocht plaatsvinden. De uitbreiding diende in eerste instantie te worden gevonden door opening van een nieuw centrum in verband met de spreiding van voorzieningen¹⁶.

Uit kosteneffectiviteitsoverwegingen is een dergelijke beslissing moeilijk te begrijpen.

Samenspel directie - medici

De in hoofdstuk 3 naar voren gebrachte structuur van het medisch stafconvent wordt overal toegepast. In de WWO staat omschreven dat een academisch ziekenhuis een stafconvent dient te hebben.

Door de directies wordt over het algemeen de samenwerking met de medici als positief bestempeld. Aandacht en respect voor elkaars problemen speelt daarbij een belangrijke rol. Sommige directies zien duidelijk positieve effecten van gedecentraliseerd bestuur, omdat men op die manier de medici medeverantwoordelijk maakt voor het beleid. Men is het er echter tevens unaniem over eens dat de invloed van de medici zeer groot is en dat men meestal vaart op het oordeel van de medici bij de aanschaf van nieuwe ontwikkelingen.

6.5.3 DIRECTIES ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Nieuwsgaring

Men blijft op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen door middel van: medisch specialisten van het eigen ziekenhuis, NVZD¹⁷ (Schweizer-cursus), werkgroepen jonge directeuren van het NZI, media, industrie en vakliteratuur. Allen noemen de eerste bron als zeer belangrijk.

Sommige directies organiseren dagen met de industrie, waarbij zij in gezelschap van hun medisch specialisten met vertegenwoordigers van de industrie praten over nieuwe ontwikkelingen. De overige methoden worden in wisselende frequentie genoemd. Men vertelde wel dat de media zo langzamerhand meer, snellere managementinformatie kunnen bieden dan de vakliteratuur.

Bespreking en criteria bij keuzebepaling

In een aantal beschouwde algemene ziekenhuizen functioneert een investeringscommissie, die alle aanvragen voor nieuwe technieken verzamelt. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van medische staf, verpleging, technici, inkoop en de directie. De investeringscommissie bespreekt de binnengekomen aanvragen tweemaal per jaar. De indiener krijgt de gelegenheid om zijn aanvraag toe te lichten. Vervolgens wordt er binnen de commissie gediscussieerd over de prioriteitsvolg-orde. Het blijkt dat de investeringscommissie reeds bij de eerste aanvraag een globale kostenanalyse eist, alsmede de consequenties wenst te zien voor de verpleegdagen, het personeel en het materieel. Liefst in de vorm van een kosten-batenanalyse. Als de investeringscommissie de aanvraag accepteert, wordt daarmee de nieuwe ontwikkeling erkend. Als voordeel van een dergelijke aanpak ziet men vooral dat het gevecht wordt aangegaan tussen de specialisten onderling. Hiermee wordt voorkomen dat er snel blokvorming optreedt richting directie. Daarnaast zijn er ziekenhuizen waar besluitvoorbereiding plaatsvindt in de medische staf, waarbij dan geen ondersteuning etc. betrokken is. Deze wijze van benadering zal bij de bespreking van de medici aan de orde worden gesteld. Men ziet dat bij het bepalen van de keuze steeds nadrukkelijker het oordeel van de ondersteuning wordt betrokken.

Door de gesprekspartners is een aantal criteria genoemd dat hieronder zal worden opgesomd:

- Verkorting van de verpleegduur.
- Beperking iatrogene schade:
Als voorbeeld werd gegeven het vervangen van een invasieve techniek door een non-invasieve.
- Verbetering van het imago van het ziekenhuis:
Dit criterium gold voor elke gesprekspartner
Een aantal gesprekspartners gaf te kennen graag voorloper te willen zijn op het gebied van nieuwe ontwikkelingen.
- Duidelijke verbetering van de kwaliteit van een behandeling.
- Efficiency.

- Verbetering van de zorg¹⁸.
- Substitutiemogelijkheden.
- Kosteneffectiviteit van de behandeling:
Sommige ziekenhuisdirecties vragen experts naar hun mening over nieuwe ontwikkelingen en bespreken deze informatie in de diverse overlegsituaties. Financiële informatie wordt steeds vaker in een vroeg stadium in de discussies betrokken. Men is met name geïnteresseerd in de exploitatiegevolgen en tracht break-even-analysen op grond van de ter beschikking staande informatie op te stellen. In dit verband merkt men op dat men de ondersteuning vaak ontbeert om dergelijke analyses te maken. Men maakt daarbij in toenemende mate gebruik van reeds bestaand, door de AZ'en, vervaardigd materiaal, dat men dan toesnijdt op de eigen situatie¹⁹. Wanneer er bouwkundige consequenties aan een bepaalde keuze zijn verbonden, treedt men in contact met het CvZ. Algemeen wordt het functioneren hiervan positief gewaardeerd, met name wordt daarbij gewezen op de soepele informele contacten.
- Medisch beleidsplan
Een aantal ziekenhuizen heeft een medisch beleidsplan en tracht daar ook naar te handelen, een aantal is voornemens een beleidsplan op te stellen en een aantal ziet niets in een medisch beleidsplan. Deze laatste categorie gaf dan ook te kennen voornamelijk te werken met impliciete criteria.

In de gesprekken is apart stilgestaan bij de samenwerkingsproblematiek. In de groep van algemene ziekenhuisdirecties bleek een opvallende tweedeling in dit opzicht aanwezig te zijn. De vertegenwoordigers uit de regio Dordrecht wezen erop dat met name de samenwerking op het gebied van de KMT belangrijk voor hen is. Zij kennen binnen de stichting samenwerkende ziekenhuizen Dordrecht dan ook een meldingsplicht met betrekking tot nieuwe technieken. Aldaar worden dan ook de mogelijkheden tot samenwerking besproken.

In de regio Stedendriehoek treft men het omgekeerde aan. Aldaar zeggen alle gesprekspartners slechte ervaringen met samenwerking op het gebied van KMT te hebben, en dus om die reden zo min mogelijk op samenwerking aan te sturen.

De zorgverzekeraars sturen richting ziekenhuizen echter wel op samenwerking aan.

Soms wordt samenwerking tussen ziekenhuizen met de mond beleden en worden er nietszeggende afspraken gemaakt.

Een aantal gesprekspartners heeft blunders gerapporteerd. Deze houden voornamelijk in dat men te snel op de kar heeft willen springen. Hierdoor was het niet mogelijk om een goede afweging te maken, omdat slechts een klein deel van de consequenties bekend was en men heeft moeten sturen op aannames. Men tracht dergelijke blunders nu te vermijden door nieuwe technieken zoveel mogelijk te leasen, zodat men de mogelijkheid heeft om snel nieuwe ontwikkelingen in het apparaat te kunnen verwerken. Bovendien kan men dan flexibel inspelen op andere ontwikkelingen.

De rol van de overheid

Men is ronduit teleurgesteld in het optreden van de overheid. Traag, niet terzake kundig en weifelend als het erop aankomt, zijn uitspraken die werden gedaan. Soms worden op grond van politieke argumenten beslissingen genomen waarvan men eenvoudig kan nagaan dat deze eerder kostenverhogend dan kostenverlagend zullen werken. Met name heeft men geen goed woord over voor de EVI²⁰-procedures. Men heeft door medewerking te verlenen aan deze procedures de mogelijkheid tot onderhandelen over extra voorzieningen, mits deze maar exploitatieverlagend zijn. De procedure is echter dermate lang, waardoor er de facto in het voortraject zoveel geld wordt uitgegeven dat het moeilijk via EVI is terug te verdienen.

Daarnaast is het uitvoeringsbeleid van de EVI-procedures onduidelijk, waardoor er interpretatieverschillen kunnen ontstaan.

Een gesprekspartner formuleerde zijn samenwerking met de overheid als volgt: "Ik houd hen op de hoogte, zodat zij mij met rust laten."

Men is over het functioneren van het CvZ zeer positief. Over de anderen heeft men geen uitgesproken mening, omdat deze vaak verder van hen afstaan en men er daardoor minder mee te maken heeft.

Samenspel medici - directie

De directies geven te kennen allen op goede voet te staan met de medici. Men streeft het harmoniemodel na. Men erkent echter dat de medici een grote invloed hebben op de besluitvorming.

Men probeert de medici meer bij het management te betrekken door hen samen met andere disciplines te laten samenwerken in investeringscommissies. Deze commissies zullen worden besproken in de subparagraaf 6.5.4. De directies merken soms dat zij worden gebruikt door de medici, maar hebben veelal onvoldoende "macht" zich daar actief tegen te weren. De directies zorgen door middel van medische beleidsplannen de medici meer aan beleid te committeren. In sommige ziekenhuizen lukt dat, terwijl het in andere blijft bij beleidsplannen die ruim te interpreteren zijn.

6.5.4 MEDICI UIT ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

Nieuwsgaring

De medici in de AZ'en verkrijgen hun informatie over nieuwe technieken over het algemeen als volgt (weergegeven in mate van belangrijkheid en met een omschrijving van de reden):

- Wandelgangen van congresgebouwen:
Daar kan men in korte tijd veel collega's werkzaam in hetzelfde onderzoeksgebied treffen.
- Industriële onderzoekers:
Zijn meestal uitstekend op de hoogte en gaarne bereid veel te vertellen. Sommigen nodigen vertegenwoordigers van de industrie uit om hen op de hoogte te houden van de nieuwste ontwikkelingen.
- Vakliteratuur:
Loopt voor een snelle reactie vaak teveel achter en daarnaast is het ondoenlijk van alles op de hoogte te blijven.
- Uithoren van onlangs gepromoveerden op een bepaald gebied:
Werd eenmaal genoemd als een handige manier om in korte tijd veel ins en outs van een nieuwe techniek te weten te komen
- Media (kranten, tijdschriften etc.):
Tegenwoordig vaak sneller dan vakliteratuur en van steeds hogere kwaliteit.

Bespreking en criteria bij keuzebepaling

Wanneer men iets nieuws op het spoor komt, wordt ter behandeling meestal het volgende stappenplan doorlopen:

- Bespreking met inhoudsdeskundige van de vakgroep.
- Op de agenda plaatsen van de vakgroepsvergadering.
- Indien men het een goed idee vindt en het prioriteit geeft, wordt het verder uitgewerkt. Zo niet, dan wordt het hetzij op de aandachts-puntenlijst gezet als potentieel interessant, hetzij verworpen.
- Oriënterende bespreking met directie of divisiebestuur.
- Verdere uitwerking richting een onderbouwde aanvraag die vervolgens wordt ingediend bij een investeringscommissie/ commissie ter voorbereiding van aanvragen voor ontwikkelingsgeneeskunde.
- Eventuele vraag om aanvullende informatie van de kant van de commissie die het verzoek behandelt.

-Besluit door directie eventueel na consultatie stafconvent.

Toelichting op dit stappenplan.

Bij de bespreking binnen de vakgroep worden impliciete criteria gehanteerd. De volgende criteria zijn in de gesprekken naar voren gebracht:

- Meerwaarde voor de behandeling van de patiënt.
- Mogelijkheid tot vervanging van een invasieve techniek.
- Passend in afdelingsbeleidsplan (onderzoek/patiëntenzorg).
- Efficiëntie.

Het blijkt dat deze criteria impliciet worden gehanteerd en dat afhankelijk van de KMT, het gewicht van elk afzonderlijk criterium verschillend is.

De oriënterende bespreking heeft voornamelijk ten doel na te gaan of het iets is dat in het kader van ontwikkelingsgeneeskunde dient te worden aangevraagd, of dat het juist een ontwikkeling is die via de investeringscommissie dient te lopen.

In de uitwerkingsfase wordt veelal een projectgroep opgericht waarin de verschillende partijen vertegenwoordigd zijn. Het valt op dat de meerderheid van de gesprekspartners de verpleging en ondersteunende diensten daar buiten wenst te houden. Argumenten die hiervoor worden gebruikt, zijn:

- Vrees voor vertraging door langdurige discussies.
- Zorggerichtheid van de verpleging versus wetenschappelijke gerichtheid van de medici.
- Efficiëntie; immers, zowel de verpleging als ondersteunende diensten worden meestal in een later stadium bij het proces betrokken.

In veel ziekenhuizen wordt er echter door de directies een vrij actief beleid gevoerd om toch verpleging en ondersteuning in dergelijke projectgroepen te laten participeren. De reden is dat zij de KMT vanuit een andere, veelal meer logistieke hoek benaderen. Hiervorgenoemde opinies houden echter wel in dat men bij de selectie van afgevaardigden uit de groepen van ondersteuning en verpleging moet zoeken naar personen met een breed blikveld. Tijdens deze fase worden tevens de mogelijkheden van samenwerking met andere ziekenhuizen onderzocht. Nu blijkt dat het merendeel van gesprekspartners geen voorstander van samenwerking is. Als redenen worden genoemd:

- Prestigeverlies.
- Slechte ervaringen uit het verleden, waarbij met name problemen rond de coördinatie veelvuldig worden genoemd.
- Angst voor patiëntenshift richting samenwerkingspartner.

Bij doorvragen blijkt dat men in het verleden samenwerkingsovereenkomsten heeft afgesloten waarbij het AZ de voordelen had en de periferie de nadelen, zodat de samenwerking nauwelijks enig voordeel bood aan de andere partij. Het gevolg daarvan was dat samenwerkingsinitiatieven meestal een kort leven waren beschoren.

Een AZ benoemt bij een nieuwe techniek een commissie van interne en externe deskundigen, waaraan de vraag wordt gesteld: Is het ontwikkelen van deze techniek in deze setting gewenst, of niet?

De directie is meestal degene die het laatste woord heeft en de formele goedkeuring verleent voor aanschaf²¹ c.q. indiening bij ontwikkelingsgeneeskunde.

Een negatieve beslissing wordt niet zomaar geaccepteerd. Daarover wordt meestal nog uitgebreid gediscussieerd en door de medici getracht het tijt te keren. Meestal wordt dit gedaan door te zoeken naar andere financieringsbronnen. De besluitvorming binnen commissies en directies functioneert vaak niet op basis van een aantal voorafvastgelegde criteria. Veelal wordt gewerkt volgens het stramien van prioriteitenlijstjes. Over de afwijkingen wordt dan door de leden gediscussieerd en uiteindelijk wordt consensus bereikt. Theoretisch is het dus mogelijk om een rivaal buiten de prijzen te laten vallen. Het valt op dat men over het algemeen huiverig is de gang van zaken binnen een commissie met behulp van criteria inzichtelijker te maken²².

Samenspel directie - medische staf

Over het algemeen is men positief over de wijze van samenwerking. Volgens de meesten wordt het belangrijkste element gevormd door het onderlinge respect voor elkaar en het kennen van elkaars verantwoordelijkheden. Door het participeren in commissies die strategische plannen voor het ziekenhuis moeten opstellen, groeit het wederzijdse begrip. Activiteiten rond de managementparticipatie van de medische staf worden in een aantal AZ'en ontplooid. In die AZ'en wordt vanuit de medische staf meer begrip getoond voor de problemen waarmee het management wordt geconfronteerd.

De medici zijn zich terdege bewust van hun macht en proberen deze dan ook gericht ten bate van het AZ aan te wenden. Men tracht op velerlei manieren de gang van zaken te beïnvloeden. Men doet dit meestal door ervoor te zorgen dat vertegenwoordigers van de vakgroep zitting hebben in officiële overlegorganen binnen en buiten het eigen ziekenhuis. Buiten het ziekenhuis is vooral de Gezondheidsraad populair. Deze raad stelt namelijk ad-hoccommissies in om een bepaalde problematiek te bestuderen.

Men probeert dan een collega in een dergelijke commissie te krijgen. Zoals één van de gesprekspartners verwoordde: "Het kan nooit kwaad een bekende op dat niveau te hebben, want zodra de plaatsen verdeeld worden, is het mogelijk dat enigszins te beïnvloeden." In het verlengde daarvan wordt eveneens gelobbyd in de richting van de commissie Ontwikkelingsgeneeskunde.

Wat daarnaast opvalt, is dat de medici de lobby richting overheden zoveel mogelijk overlaten aan de directie. Als verklaring wordt daarvoor gegeven dat men in de eerste plaats dokter, in de tweede plaats wetenschapper en in de derde plaats manager is. Sommigen erkennen dat lobby een vak is en dat ongebreidelde, ongerichte lobby het ziekenhuis eerder kan schaden dan bevorderen.

6.5.5 MEDICI IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Nieuwsgaring

Zij blijven op volgende manieren op de hoogte van de nieuwe ontwikkelingen:

- Wetenschappelijke verenigingen:
Alle gesprekspartners noemden dit als een belangrijk medium, omdat het de plaats is waar bij uitstek ervaringen worden uitgewisseld tussen de universitaire en de niet-universitaire wereld.
- Collegae in het ziekenhuis:
Het onderlinge contact tussen de diverse maatschappen blijkt voldoende groot te zijn.
- Vakliteratuur en populair wetenschappelijke literatuur:
Om van het eigen vak op de hoogte te blijven, hanteert men eigen vakliteratuur, maar om meer in de breedte bij te blijven, wordt de populair wetenschappelijke literatuur frequent gehanteerd.
- Industrie:
Eén gesprekspartner weigert stukken van de industrie te lezen en beschouwt ze niet als een bron van informatie. Het merendeel ziet de industrie echter als goede informatiebron die steeds vaker wetenschappelijk opereert, wat de medici positief waarderen.

- Wandelgangen van congresgebouwen:
Congressen bieden de mogelijkheid om onder andere over nieuwe technieken met elkaar bij te praten. Men tracht dan vooral uit te vinden hoe andere ziekenhuizen met dergelijke complexe materie omgaan.

Bespreking en criteria bij keuzebepaling

Als de medici een nieuwe ontwikkeling in het ziekenhuis willen introduceren, wordt meestal het volgende stappenplan worden doorlopen, wat voor een deel reeds is besproken in de paragraaf directies.

Signalering van een nieuwe ontwikkeling.
Bespreking in de eigen maatschap.

A

- Bespreking in medische staf.
- Bespreking door medische staf en indiener met directie.
- Directie laat het voorstel op zijn consequenties doorrekenen.
- Directie toetst aan beleidsplan, indien voorhanden.
- Directie neemt besluit en dient dat medische staf en indiener mee.

B

- Voorleggen van gedetailleerd voorstel (incl. kosten-baten-indicatie) aan investeringscommissie.
- Toelichting door indiener in een vergadering van de commissie.
- Opstellen prioriteitenlijst door commissie aan medische staf.
- Ter instemming voorleggen aan medische staf.
- Op basis van beschikbaar budget toekennen prioriteiten en een definitieve lijst opstellen.
- Ter goedkeuring voorleggen aan directie die vervolgens besluit neemt.

- In sommige gevallen dient het bestuur het advies na goedkeuring van de directie te bekrachtigen.

Toelichting op het stappenplan.

Tijdens de bespreking in de maatschap worden frequent de volgende criteria gehanteerd:

- Zijn er voldoende patiënten om de techniek rendabel te kunnen toepassen?
- Heeft de maatschap voldoende kennis en kunde om de techniek veilig en optimaal te kunnen toepassen?
- Is er voldoende ondersteuning (verpleging, technici, doktersassistenten)?
- Indien de maatschap beschikt over een eigen maatschapsbeleidsplan, wordt de nieuwe ontwikkeling daaraan getoetst?

Na de bespreking in de maatschap kunnen twee paden worden gevolgd. Deze tweedeling is aangebracht op basis van de verkregen informatie.

Pad A

Als de maatschap van mening is dat de nieuwe techniek het aanschaffen waard is brengt zij dit in de medische staf. Een commissie van medische staf (zonder andere vertegenwoordigers) waardeert de verschillende aanvragen en bereidt een advies richting de medische staf voor. Wanneer de medische staf van mening is dat de nieuwe techniek verder ontwikkeld mag worden, dan wordt dit formeel aan de directie medegedeeld.

De directie toetst de aanvraag aan (indien aanwezig) het beleidsplan en rekent vervolgens de consequenties voor het ziekenhuis door. Wanneer er verrassingen naar voren komen, worden deze besproken met de indiener. Afhankelijk van de bestuursstructuur van het ziekenhuis kan het bestuur met name bij ontwikkelingen met ethische implicaties deze tegenhouden c.q. vertragen door om een heroverweging te vragen.

Pad B

Het belangrijkste verschil tussen links en rechts is dat de procedure rechts is geïntegreerd in een investeringscommissie waarin directie, medische staf, verpleging en ondersteunende diensten samenkomen.

Dit heeft als groot voordeel dat er kruisbestuiving kan optreden. Alle partijen spelen een evenredige rol in de besluitvorming.

In ziekenhuizen waar gewerkt wordt volgens het patroon van pad A, werd door de gesprekspartners met een zeker *dédain* over het belang van de ondersteuning gesproken. Pas als de beslissing tot aanschaf is genomen, worden zij geïnformeerd.

Een complete integratie met de exploitatiebegroting wordt weliswaar nagestreefd, maar stuit in vele ziekenhuizen nog op verzet. De oorzaak van dit verzet dient te worden gezocht bij de individuele maatschappen. In het kader van exploitatiebegrotingen voeren zij zelfstandig onderhandelingen met de directie. Dit laatste stuk autonomie willen zij het liefst zo lang mogelijk behouden.

Sommige ziekenhuizen zonderen een gedeelte van hun exploitatiebegroting af voor de exploitatie van kostbare medische apparatuur. Zij zorgen er op die manier toch voor dat over de exploitatiegevolgen tezamen met de investering een besluit wordt genomen.

De investeringscommissie hanteert bij het opstellen van een prioriteitenlijst veelal de volgende criteria:

- Meerwaarde voor de behandeling van de patiënt.
- Vermindering van het ongemak voor de patiënt (invasieve technieken vervangen door non-invasieve).
- Is substitutie mogelijk en te effectueren zodat de nieuwe techniek exploitatietechnisch bij benadering neutraal kan zijn.
- Is de globale kosten-batenanalyse gunstig.

Sommige gesprekspartners geven aan de indruk te hebben dat de criteria-systematiek niet consequent wordt toegepast. Het is derhalve in hun beleving nog steeds mogelijk dat de grootste schreeuwer zijn zin krijgt. Investeringscommissies die zonder expliciete criteria werken, zijn van mening dat impliciete criteria makkelijk en opportunistisch zijn, wat hun inziens best is toegestaan.

Samenspel directie - medische staf

Alle gesprekspartners streven het harmoniemodel na. Zij voegen er echter tevens aan toe dat dit niet zo mag worden geïnterpreteerd dat de gehele staf daar dan ook achter staat. Er blijven nog steeds aanhangers van de stelling "tegen een directie mag je schoppen".

Het idee van managementparticipatie wordt door ongeveer eenderde van de gesprekspartners toegejuicht, eenderde staat er gematigd positief tegenover, maar wil graag meer inzicht in de consequenties; eenderde vindt het maar niets.

De positiefgestemden zijn van mening dat zij met behulp van managementparticipatie meer invloed kunnen uitoefenen op het beleid van het ziekenhuis. Met andere woorden, gesignaleerde misstanden kunnen oplossen. De negatiefgestemden zijn van mening dat zij primair zijn opgeleid tot arts en het leiden van ziekenhuizen graag willen overlaten aan managers.

De geïnterviewde medici richten zich bij hun beïnvloedingsactiviteiten voornamelijk op hun eigen directies. Het gaat daarbij vooral om samenwerking met andere ziekenhuizen, waarbij wordt aangegeven dat veel samenwerkingsverbanden meer cosmetisch van aard zijn. Volgens een aantal gesprekspartners heeft dit te maken met de honoreringsstructuur. Hoe meer patiënten met de nieuwe techniek worden behandeld, des te meer geld verdient de maatschap. Wanneer men zelf de techniek in huis heeft, wil men wel samenwerken. Wanneer voor gebruik van de techniek patiënten echter moeten worden verwezen, dan vreest men patiënten te verliezen aan het andere ziekenhuis, met als gevolg een inkomensdaling. Wat men in dat verband een redelijk alternatief vindt, is het samen aanschaffen van een nieuwe techniek die kan worden vervoerd (mobiele apparatuur). Men richt dan een beheersstichting op, die vervolgens een rooster opstelt van dagen dat het apparaat aan de individuele ziekenhuizen ter beschikking staat. Als voorbeeld wijst men op de mobiele NMR, mobiele NLT en mobiele CT. Hierbij doet zich echter wel een ander probleem voor. Sommige ziekenhuizen zullen blijven proberen de techniek in eigen huis te krijgen, met name gelet op de eerdergenoemde uitstraling die dat voor het ziekenhuis heeft. In dergelijke gevallen kan gewezen worden op de tijd die in acute situaties met vervoer van de patiënt verloren gaat. (Zie ook zorgverzekeraars)

De specialist in een algemeen ziekenhuis houdt zich over het algemeen niet met lobby-activiteiten bezig voor het ziekenhuis als geheel, echter er zijn uitzonderingen. Zo vertelde men dat het aan de inspanningen van één enkele specialist te danken is dat er in dat ziekenhuis een catheterisatie-lab is gekomen. Deze specialist had zelf contacten gelegd met WVC en provincie.

6.5.6 ZORGVERZEKERAARS

Nieuwsgaring

De zorgverzekeraars verzamelen op de volgende manieren hun informatie met betrekking tot nieuwe medische ontwikkelingen:

- Informatie uit het overleg met de ziekenhuizen:
Alle gesprekspartners noemen dit een belangrijke bron van informatie. Hierbij wijzen zij erop dat zij vooral voorafgaand aan het formele overleg frequent informeel door specialisten worden benaderd die hen op de hoogte stellen van de nieuwe ontwikkelingen.
- Via de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen (VAGZ) die veel na- en bijscholingsactiviteiten ontplooit:
De VAGZ blijkt een actieve vereniging te zijn die er groot belang aan hecht haar leden zo optimaal mogelijk voor te lichten. Zij besteden veel tijd en aandacht aan het met elkaar in contact brengen van hun leden. Een aantal malen werd tevens de Vereniging van Ziekenfondsdirecteuren genoemd als bron van informatie.
- Via literatuur:
Hierbij werd naast de vakliteratuur tevens gewezen op de populair wetenschappelijk literatuur, die een redelijk overzicht biedt van de belangrijkste artikelen uit de verschillende vaktijdschriften. Eén van de gesprekspartners stelde het als volgt: "Ik heb geen tijd het New England Journal of Medicine te lezen, maar ik heb er wel belang bij de belangrijkste items te kennen." De grotere zorgverzekeraars verdelen de te lezen informatie en refereren daar periodiek over, zodat iedere belanghebbende binnen de zorgverzekeraar kan beschikken over voldoende en recente informatie.
- Via verzekerden en patiëntenverenigingen:
Een enkele gesprekspartner wees op de toegenomen mondigheid van de verzekerden. Sommige verzekerden schrijven goed onderbouwde brieven over hun belevenissen. Met name de patiëntenverenigingen krijgen steeds meer kennis en vormen in toenemende mate een goede bron van informatie voor met name de adviserend geneeskundige.

Bespreking en criteria bij keuzebepaling

De gesprekspartners zijn vrijwel unaniem van mening dat men te laat bij besluitvormingsprocessen wordt betrokken. Als voorbeelden zijn genoemd: te laat betrokken bij een fusie (akte reeds gepasseerd), schriftelijke mededeling van een ziekenhuis dat het inmiddels een NMR had aangeschaft. Aan de andere kant geeft men toe dat het moeilijk is om proactief op te treden, omdat medische diensten vaak slecht bemand zijn. Wat dit laatste betreft, is een tendens richting uitbreiding van de medische diensten geconstateerd. Dit heeft direct verband met de stelselherziening, waarin de invloed en bewegingsvrijheid van zorgverzekeraars toenemen. Naar de mening van alle gesprekspartners biedt die ontwikkeling een betere mogelijkheid tot meer proactief optreden.

Ten tijde van het veldonderzoek trad men voornamelijk reactief op, en opereert men aan de hand van concrete verzoeken van ziekenhuizen. Men bespreekt deze verzoeken veelal binnen de eigen organisatie, waarbij men tegelijkertijd frequent contact zoekt met collega-zorgverzekeraars direct dan wel indirect door de bij KLOZ, VNZ en/of ZFR te informeren naar eventuele standpunten. Opvallend is dat enkelen verklaarden de standpunten van deze organen te vertalen naar de regionale situatie.

Zodoende komt het voor dat men op gronden van regionale gezondheidszorg afwijkt van de landelijke standpunten.

Het blijkt dat men bij de beoordeling van KMT een aantal criteria hanteert die echter per verzekeraar kunnen verschillen. Genoemd zijn:

- Verbetering van de zorg aan de patiënt (vermindering van het ongemak).
- Mogelijkheden tot substitutie.
- Meerwaarde van de zorg in relatie tot de extra kosten .
- Aanwezigheid goede financieringsregeling.
- Samenwerking met andere ziekenhuizen:
In de modelovereenkomst tussen ziekenfonds en ziekenhuis is een passage opgenomen waarin ziekenhuizen verklaren vooraf hun voorstellen af te stemmen met de overige regionale ziekenhuizen.
- Spreiding versus concentratie (Men let daarbij onder andere op transportkosten, infrastructuur binnen het ziekenhuis, kennis en kunde van de huidige staf, grootte patiëntendoelgroep).

- Bereidheid van verzekerden om ter wille van de aanschaf van de KMT meer premie te betalen:
Men ziet dit in de toekomst steeds belangrijker worden, omdat KMT van invloed kan zijn op hoogte van de nominale premie.

De eerste vier criteria zijn door alle gesprekspartners genoemd. De laatste twee criteria waren voor een aantal belangrijker dan de eerste vier.

Eén gesprekspartner formuleerde de volgende vragen die een manager zich zou moeten stellen alvorens hij een voorstel aan de zorgverzekeraars voorlegt:

- Wat is de toegevoegde waarde van de nieuwe techniek voor mijn ziekenhuis?
- Wat is de waarde voor mijn patiëntenzorgactiviteiten?
- Wil ik mij er voor 100% voor inzetten de nieuwe techniek binnen te halen? (met andere woorden, Durf ik het gevecht aan met de medici in mijn ziekenhuis om geld voor de nieuwe activiteit door reallocatie te verwerven?)

Kostenvraagstuk

Bij de gesprekken met de zorgverzekeraars heb ik specifieke aandacht voor het punt van de kosten gevraagd.

De zorgverzekeraars vinden in eerste instantie dat nieuwe technieken binnen het bestaande budget moeten worden gefinancierd. Men denkt echter graag mee met de ziekenhuizen. Sommige zorgverzekeraars assisteren de ziekenhuizen in het opstellen van kostenplaatjes. Men is daarbij vooral geïnteresseerd in de exploitatiekosten, omdat deze een belangrijke aanslag kunnen doen op het beschikbare budget. Daarnaast maken sommige zorgverzekeraars vergelijkingen tussen het aanschaffen van een nieuw apparaat en het verlengen van de bedrijfstijd van reeds geïnstalleerde apparatuur.

Indien mogelijk, kan een bestaand apparaat door "upgrading" en bedrijfstijdverlenging nagenoeg hetzelfde doen als de nieuwe techniek. Het eerste kan echter voordeliger zijn. Kosten-effectiviteitsanalyses (KEA), kosten-batenanalyses e.d. zijn kostbaar en in het begin nauwelijks uit te voeren en bovendien in dat stadium weinig betrouwbaar (Van Hout, 1988,520). Men geeft in sommige gevallen in nauwe samenwerking met ziekenhuizen opdrachten aan iMTA om kosten- effectiviteitsanalyses te verrichten.

Daarnaast hebben KEA's naar de mening van de meeste gesprekspartners slechts een beperkte toegevoegde waarde en staat de techniek voor het gezondheidszorgveld nog in de kinderschoenen. Een enkele zorgverzekeraar heeft een contract afgesloten met een universiteit om na te gaan wat de meest effectieve kostencalculatiemethodieken zijn en hoe deze toe te passen. Volgens sommigen spelen kosten bij aanschaf van nieuwe technieken een ondergeschikte rol en gaat het met name om prestige van de eigen instelling, concurrentieoverwegingen etc., waar naar de mening van de ziekenhuismanagers best voor mag worden betaald. Echte kostenbeheersing is volgens sommigen slechts mogelijk door een cultuuromslag bij medici en patiënten. Medici dienen minder honorarium- en meer zorggericht te werken. Patiënten dienen een optimale behandeling te krijgen. Daarnaast dienen zij te accepteren dat dure apparatuur wordt aangewend bij die patiënten die er het meeste baat bij hebben. Veel zorgverzekeraars zien aanvragen in verband gebracht met andere activiteiten. Hierdoor is het mogelijk meerjarentaakafspraken met de ziekenhuizen te maken en hoeft niet langer jaarlijks over elk onderdeel apart te worden onderhandeld. Hierdoor wordt het van meer belang voor het ziekenhuis een nauwkeurige inschatting te maken van exploitatiegevolgen van nieuwe technieken op de middellange termijn. Bij aanvragen voor ontwikkelingsgeneeskunde hebben de zorgverzekeraars een adviseerende rol. Zij merkten echter op meestal pas in een laat stadium om advies te worden gevraagd. Hierdoor is het hun soms minder goed mogelijk een goed onderbouwd advies te leveren.

Rol van de overheid

De zorgverzekeraars nemen waar dat door de dereguleringspolitiek, activiteiten vanuit de rijksoverheid naar de provincie worden doorgeschoven. De provincie schuift deze activiteiten vervolgens weer door naar het regionale niveau. De rijksoverheid verzuimt daarbij steeds vaker kaders aan te geven en knopen door te hakken zodat het veld enige houvast heeft. Het gevolg daarvan is dat een ieder een eigen interpretatie van stukken beleid heeft. Men vindt dat de overheid nog te veel op kwantiteit stuurt en te weinig op kwaliteit. Daarnaast vindt men het overheidsbeleid ondoorzichtig en signaleert dat problemen frequent worden doorgeschoven. Bijvoorbeeld de budgettering. Deze heeft ertoe geleid dat er een verschuiving van kosten is opgetreden van de tweede richting eerste lijn, alsmede van klinisch naar poliklinisch.

Eén van de geïnterviewden verwoordde het zo: "Vroeger kreeg een patiënt na een klinische opname voor een week of langer medicatie mee, nu nog slechts voor één dag of minder."

Tevens heeft de budgettering in de hand gewerkt dat dure en arbeidsintensieve patiënten worden overgeplaatst ("gedumpt", zoals een geïnterviewde vertelde) naar AZ'en. Arbeidsintensieve patiënten betekenen nu een aanslag op het budget.

Samenspel directie - medische staf

De zorgverzekeraars hebben een redelijk beeld van het samenspel van directie en medici door hun frequente overlegvergaderingen. Men constateert dat met name in de algemene klinieken de directies vrij duidelijk door de medici worden gesouffleerd. De zorgverzekeraars die daarnaast contacten hebben met AZ'en merken op dat in AZ'en de directies het veel meer voor het zeggen hebben.

De laatste tijd zien de geïnterviewden echter in toenemende mate een pactvorming ontstaan tussen directie en medische staf. Zij trekken gezamenlijk op en stemmen van tevoren goed af, zodat het uitspelen van de ene partij (medici) tegen de andere (directie) mislukt. Het realisme dat men meer voor elkaar krijgt als men elkaar steunt krijgt de overhand naar het schijnt. Van oudsher werd er door de medici richting ziekenfonds gelobbyd, echter in toenemende mate wordt er door de directie gelobbyd. Hierbij vullen beide lobbyactiviteiten elkaar aan.

In een gebied met een vrij hoge ziekenhuisdichtheid spelen concurrentieoverwegingen een even grote, zoniet grotere rol dan medische overwegingen. Als voorbeeld van de medische invloed op beleidsmakers is door één van de gesprekspartners het volgende ter tafel gebracht. Een regio heeft in het kader van het planningbesluit CT, één CT toegewezen gekregen. Echter, naast het uitverkoren ziekenhuis (A) had een tweede ziekenhuis (B) binnen die regio reeds een CT aangeschaft. Deze CT (B) diende buiten werking te worden gesteld. Toen de radiologenmaatschap in dat ziekenhuis dat te horen kreeg, werd terstond een interview gegeven aan een groot landelijk ochtendblad. In de kop boven het artikel wees de radioloog erop dat door het tijdverlies door transport er waarschijnlijk een aantal patiënten zou overlijden. Door deze actie heeft men het voor elkaar gekregen dat de CT in ziekenhuis B mocht blijven staan en zelfs in noodgevallen mocht worden gebruikt.

De zorgverzekeraars gaven aan dat indien specialisten joint ventures aangaan met patiënten nauwelijks te overwinnen teams ontstaan. Als reden hiervoor werd gegeven dat de patiënten weer de verzekerden zijn van een zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar ontplooit alle activiteiten in het belang van zijn verzekerden. Indien de zorgafnemers een pact sluiten met de zorgaanbieders, kan het ziekenfonds niets anders doen dan de wensen van dit pact in te willigen.

Naar de mening van de zorgverzekeraars zou de rol van de directie kunnen worden versterkt door de managementparticipatie in te voeren. De specialisten zouden dan verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor een deelbudget. Blijven ze binnen het budget, dan mogen ze het bespaarde geld meenemen naar het volgend jaar; overschrijden ze hun budget, dan worden ze gekort.

6.5.7 ADVIESORGANEN

In een eerder hoofdstuk is reeds aandacht besteed aan de taken en functies van de adviesorganen, die een rol spelen bij de introductie en spreiding van kostbare medische apparatuur. Deze organen zijn:

- Gezondheidsraad (GR).
- Ziekenfondsraad (ZFR).
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ).

In het veldonderzoek is gesproken met vertegenwoordigers van deze vier organen. De resultaten zijn in het hiernavolgende weergegeven

Nieuwsgaring

De GR is het enige orgaan dat actief en systematisch aan nieuwsgaring doet. De GR is daartoe verbonden met een groot aantal databanken. Tevens heeft hij de beschikking over een uitgebreide bibliotheek. Dit is niet verwonderlijk, omdat het zijn taak is de wetenschappelijke ontwikkelingen te volgen en daarover te adviseren. De overige adviesorganen verkrijgen hun informatie vooral uit de literatuur, media en de adviezen van de GR. Zij hebben te weinig personeel om uitgebreid de literatuur te volgen. Voor het opstellen van hun adviezen maken zij gebruik van de informatie geleverd door de GR. Deze informatie wordt niet meer op juistheid en actualiteit getoetst.

De GR is zich terdege van deze verantwoordelijkheid bewust en actualiseert zijn rapporten dan ook om de 4 jaar. Daarnaast heeft de GR de doorlooptijd van behandeling van adviesaanvragen teruggebracht tot 1 jaar. Dit is mogelijk door de problemen op te delen in kleine brokstukken.

Bespreking en criteria bij keuzebepaling

Alle adviesorganen zijn in meer of mindere mate afhankelijk van de rijksoverheid, omdat zij formele wettelijke procedures uitvoeren. Alleen de GR heeft wat meer vrijheid, omdat deze in het algemeen dient te adviseren over de medisch wetenschappelijke ontwikkelingen.

Wat tevens opvalt, is dat adviesorganen nauwelijks eigen onderzoek verrichten. Men vertrouwt in de meeste gevallen op de gegevens die worden aangereikt door de ziekenhuizen en GR. Als uitvloeisel van budgettering wordt steeds frequenter door de ziekenhuizen naar voren gebracht dat de adviesorganen bepaalde informatie niet meer krijgen. Met name werd deze tendens aangegeven door de gesprekspartner van het COTG. Deze houding wordt verdedigd door te wijzen op de bestedingsvrijheid van het ziekenhuisbudget door het management. De ziekenhuizen hoeven uitsluitend binnen het budget te blijven. Hoe men dat doet, is uitsluitend een zaak van het ziekenhuis. Zolang men een beleid binnen het ziekenhuis kan verdedigen, heeft niemand daar verder iets mee te maken, zo wordt geredeneerd.

De ZFR heeft ontwikkelingsgeneeskunde in zijn portefeuille en kan op die manier in het bezit komen van aanvullende informatie over ziekenhuizen en hun activiteiten.

Rol van de overheid

Alle gesprekspartners hebben last van de traagheid in reactie van andere delen van de overheid en het soms te formele optreden daarvan. Bij het uitvoeren van procedures zijn de adviesorganen vaak direct afhankelijk van de reacties van de overheid. Was het contact tussen de adviesorganen en de ministeries voorheen soepel en opbouwend, nu is dit contact meer formeel geworden en tevens vager. Eén gesprekspartner vroeg zich in dit verband af of er nog wel wat anders gebeurde dan discussiëren over de stelselherziening. Men ergert zich aan het dubbel werk dat wordt verricht. De adviezen die worden uitgebracht, worden door het ministerie zo nu en dan nogmaals uitgevoerd, wat tijdverlies met zich meebrengt²³.

Samenspel directie - medische staf

Men geeft aan slechts een beperkt beeld hierover te hebben, omdat direct contact niet frequent voorkomt. Voorzover directies in contact treden met adviesorganen, kunnen deze laatste zich niet aan de indruk onttrekken dat de directies min of meer worden gestuurd door hun medici. In toenemende mate laten de directies zich vergezellen door de medici, wat de discussies aanmerkelijk heeft verbeterd. Men doet voor het overige voornamelijk zaken met de ondersteunende diensten van een ziekenhuis. Dit geldt echter nauwelijks voor GR en slechts in beperkte mate voor ZFR.

6.5.8 RIJKSOVERHEID

Ingevolge een wetswijziging zullen de AZ'en binnenkort geheel onder WVC vallen. Voor de onderzoeks- en onderwijsactiviteiten dient te worden afgestemd met O&W. De ervaringen van O&W met introductie van nieuwe ontwikkelingen in AZ'en is bij de bespreking van artikel 18 en bij de bespreking van de spreidingscases aan de orde gekomen. WVC bereidt zich terdege voor op de komst van academische ziekenhuizen. Zijn beleid is er met name op gericht de topzorg beter te organiseren. Dit heeft ertoe geleid dat men het directoraat Planning en Bouw heeft gereorganiseerd tot directoraat Ziekenhuiszorg en Topzorg. Onder de sectie Topzorg zal vooral aandacht worden besteed aan nieuwe technieken. Dit in aansluiting op voorstellen tot vereenvoudiging van Artikel 18²⁴.

Nieuwsgaring

Men krijgt zijn informatie voornamelijk uit contacten met medici en directies in het veld, maar daarnaast ook vanuit de GR. Via ontwikkelingsgeneeskunde krijgt men een redelijk beeld van onder andere de nieuwe topzorg.

Bespreking en criteria bij keuzebepaling

Men is van plan de activiteiten rond topzorg te gaan vastleggen in meerjarenplannen. In deze meerjarenplannen zullen de surveillancegegevens van de GR worden verwerkt.

Deze meerjarenplannen hebben vooral ten doel betere inschattingen te maken rond de hoeveelheid geld die voor topzorg in de komende tijd moet worden gereserveerd.

Men geeft tevens aan te weinig personeel te hebben om de omvangrijke procedures in het kader van artikel 18 nog adequaat te kunnen uitvoeren. WVC is zich terdege bewust van zijn slechte service. Daarnaast wordt begrip gevraagd voor de politieke discussies die plaatsvinden, waardoor een formele procedure steeds weer anders moet worden geïnterpreteerd.

Samenspel directie - medische staf

Men merkt in deze contacten dat de medici zeer grote invloed hebben en dat zij de directies sterk kunnen beïnvloeden. Vanwege het feit dat medici ook grote invloed uitoefenen op het functioneren van de GR, zijn zij in staat het topzorgbeleid direct te beïnvloeden.

6.5.9 PROVINCIALE OVERHEID

Procedures en nieuwsgaring

De provinciale overheid speelt bij de introductie en spreiding van kostbare medische apparatuur een relatief ondergeschikte rol. Echter men verwacht dat door de overgang van de AZ'en van O&W naar WVC hun invloed kan toenemen, omdat dan de AZ'en vallen onder de WZV. De provinciale overheid stelt zich reactief op. Een meer proactieve houding is op het gebied van spreiding van KMT nauwelijks mogelijk, omdat de provincie is ingekaderd in het adviescircuit rond de WZV en daarbuiten op het gebied van spreiding van KMT nauwelijks enige bevoegdheid heeft. Dit heeft tot gevolg dat er op provinciaal niveau weinig expertise kan worden opgebouwd. De ambtenaren die zich met deze activiteiten bezighouden, hebben zich in IPO-verband door middel van een platform verenigd. Dat platform heeft ten doel het uitwisselen van informatie en standpunten, zodat in elk geval getracht wordt de aanwezige expertise te vergroten. Tevens wordt getracht de toepassing van de procedures te uniformeren. De betrokken ambtenaren houden zich daarnaast voor- namelijk op de hoogte via de media.

Provinciale politiek en nieuwe medische ontwikkelingen

KMT staat meestal in de publieke belangstelling. Hierdoor kan een gedeputeerde er zijn politiek voordeel mee doen door zich sterk te maken voor plaatsing in een bepaalde instelling. De provincie tracht op het gebied van KMT in toenemende mate een eigen beleid te voeren en interpreteert de regels tegenwoordig ruimer, zo vertelde een gesprekspartner. In de advisering door de provincie wordt nauwelijks gekeken naar het kostenaspect. De provincie gaat in haar advisering uit van de informatie die in de introductiefase is verzameld door de GR en door de AZ'en. De laatste tijd neemt men tevens kennis van de MTA-studies. Dergelijke informatie wordt niet meer apart op haar merites getoetst. De provinciale overheid toetst aanvragen voornamelijk aan de ziekenhuisplannen. Als een aanvraag strijdig is met de inhoud van een goedgekeurd ziekenhuisplan wijst zij daar in haar advies op. Paradoxaal genoeg neemt WVC aldus tot stand gekomen adviezen niet integraal over en wijkt er regelmatig van af. Paradoxaal, omdat ook WVC zich heeft gecommitteerd aan de ziekenhuisplannen.

De provinciale overheid streeft ernaar om, als de AZ'en onder de WZV vallen, de AZ'en te wijzen op hun voorbereidende en testende functie die zij bij de introductie en spreiding van nieuwe ontwikkelingen hebben. In de visie van de provinciale overheid dient een AZ een actieve rol te spelen bij het uittesten van nieuwe technieken. Men verwacht dat de AZ'en aangeven op welke manier de techniek het meest efficiënt kan worden toegepast en welke bestaande technieken door de nieuwe techniek kunnen worden gesubstitueerd²⁵.

Samenspel directie - medische staf

Op provinciaal niveau wordt door met name algemene ziekenhuizen actief gelobbyd. Het blijkt de ambtenaren steeds weer dat de medici een bijzonder grote invloed hebben op hun directies. Men kan zich niet altijd aan de indruk onttrekken dat de directies door de medici worden gestuurd en gedicteerd. Een tendens die door de provinciale overheid in toenemende mate wordt waargenomen, is het direct lobbyen van met name ziekenhuisbesturen in "Den Haag". Bestuursleden worden steeds vaker gerecruteerd uit invloedrijke politieke kringen. De AZ'en lobbyen in de ogen van de provincie veelal direct bij WVC. In de toekomst kan het ook voor AZ'en nuttig zijn de banden met de provincie aan te halen. De AZ'en vallen immers binnenkort geheel onder de werking van de WZV.

6.5.10 INDUSTRIE

Nieuwsgaring en informatie uitwisseling

De gesprekspartners uit de kringen van de industrie zijn van mening dat een industrie voor haar overleving afhankelijk is van goede informatie. Met name wordt daarbij gewezen op prognoses van hetgeen de markt in de nabije toekomst zal gaan doen. Een fabrieksplanning moet gemiddeld 3 - 4 jaar van tevoren reeds worden gemaakt en is zeer lastig bij te sturen. Iedere industrie is derhalve gebaat bij een zeer goed functionerend informatienetwerk. Sommige hebben hiertoe medewerkers in dienst, die als taak hebben de wereld af te speuren naar nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast beschikken zij meestal over een goed netwerk van medici in allerlei onderzoeksgroepen, eigen testfaciliteiten en soms zelfs eigen ziekenhuizen. Zij verbazen zich er over dat ziekenhuizen zo weinig gebruikmaken van de bij de industrie geaggregeerde informatie. Zij nodigen regelmatig vertegenwoordigers van overheden uit kennis te nemen van die informatie. Men ervaart nog steeds een calvinistische opstelling. Ziekenhuizen maken echter in toenemende mate gebruik van de mogelijkheden tot verkrijging van informatie via de industrie. Daarnaast besteedt de industrie in toenemende mate aandacht aan het beantwoorden van vragen van ziekenhuizen met betrekking tot de exploitatie-gevolgen van de aanschaf van medische apparatuur. Zij bemerken dat aan goede berekeningen een grote behoefte is, en investeert daar dan ook in. Zo laten zij kosten-effectiviteitsanalyses voornamelijk uitvoeren in het buitenland en passen de aldus vergaarde kennis toe op hun verkoopbeleid. Men stelt zich steeds frequenter op als partner van het ziekenhuis door in nauwe samenwerking met het ziekenhuis een programma van eisen op te stellen, waaraan het apparaat moet voldoen. Hiermee wordt getracht de specifieke wensen van een ziekenhuis zo helder mogelijk boven tafel te krijgen, zodat het meest geschikte apparaat uiteindelijk wordt aangeschaft.

Samenspel directie - medische staf

Voorheen werd op het gebied van KMT vooral onderhandeld met medisch specialisten zoals: radiodiagnosten, nucleair geneeskundigen en klinisch chemici. Met andere woorden met de ondersteunende specialisten.

Nu wordt er in toenemende mate zaken gedaan met clinici, omdat deze meestal de indicatie stellen tot het gebruik van een KMT en zich meer zijn gaan interesseren voor de mogelijkheden van KMT. Daarnaast tekent zich een andere tendens af: de directies worden in een veel eerder stadium bij het proces betrokken alsmede instrumentele diensten en klinisch fysici. Steeds vaker wordt voor de aanschaf van een KMT een projectgroep gevormd, bestaande uit een aantal disciplines. Hierdoor krijgen zaken zoals compatibiliteit, garantievoorwaarden, onderhoudscontracten, uitbreidingsmogelijkheden en kosten op een meer gestructureerde manier aandacht.

In het verleden werd hieraan volgens de industrie wat minder gestructureerd aandacht besteed.

De industrie beoordeelt deze ontwikkeling als gunstig, omdat er tevens meer inhoudelijk over de apparatuur kan worden gesproken.

Men merkt wel nog steeds dat de medici duidelijk de leiding hebben en trachten de rest van de projectgroep te dicteren.

Samenwerking van industrie met ziekenhuizen

In Nederland wordt door een aantal AZ'en en faculteiten samengewerkt met de industrie. Deze samenwerking heeft meestal te maken met applicatieontwikkeling. De samenwerkingscontracten worden gekenmerkt door een "voor wat, hoort wat"-principe. De onderzoeksgroep krijgt de beschikking over de nieuwste produkten, echter daarmee ook de kinderziekten, het daardoor niet optimaal kunnen benutten van de installatie etc. Daarnaast bezoekt de industrie de onderzoeksgroep met gasten en potentiële kopers, wat de dagelijkse gang van zaken kan verstoren. Het blijkt echter dat onderzoeksgroepen deze nadelen graag op de koop toe nemen. Door de beschikbaarheid van een KMT is het voor de onderzoeksgroep mogelijk haar onderzoekslijn te handhaven en mogelijk verder uit te bouwen. De via de industrie verkregen extra financiële middelen zijn dus zeer welkom. Directies staan hier meestal eveneens positief tegenover, omdat het met name in de AZ'en kan leiden tot het behoud van goede onderzoekers.

6.5.11 PATIËNTEN

Nieuwsgaring

De patiëntenbeweging verkrijgt haar informatie voornamelijk door het volgen van de media. Daarmee wordt gedoeld op de publieke opinie zoals deze wordt verwoord door de kranten, tijdschriften, radio en tv. Daarnaast worden de tijdschriften van de koepels geraadpleegd. Als voorbeelden noemt men: "Het Ziekenhuis", "Inzet" en "Medisch Contact". Tot slot wordt tevens sporadisch gebruikgemaakt van informatie die verschijnt in ziekenhuisperiodieken, bijvoorbeeld "Cicero" van het AZL.

Tot slot verkrijgt men informatie via vragen en klachten over het functioneren van de gezondheidszorg vanuit de achterban.

Bespreking en criteria voor opstelling

De patiëntenbeweging vertegenwoordigt eigenlijk 3 hoofdcategorieën:

- Zorgafhankelijken (zwakzinnigen, gehandicapten, psychiatrische patiënten, demente bejaarden etc.).
- Chronisch zieken (diabetes, reuma, CARA etc.).
- Gezonden die incidenteel gebruikmaken van het systeem (ongeval, acute aandoeningen, vergankelijke kwalen etc.).

Men benadrukt dat er derhalve niet valt te spreken over "de" patiënt. De belangen van elk van deze drie groepen zijn deels verschillend. De tweede categorie is het best georganiseerd door middel van categoriale patiëntenverenigingen. De laatste groep is nauwelijks georganiseerd, terwijl de eerste groep er tussenin zit.

De patiëntenbeweging maakt zich hard voor het volgende:

- Patiëntenrecht (met name rechtspositie patiënt).
- Gelijkberechtiging.
- Kostenbeheersing en -verdeling²⁶.

Aan deze items wordt de informatie dan ook getoetst en stelling genomen.

Een moeilijkheid bij de standpuntbepaling wordt gevormd door het ontbreken van eenheid binnen de beweging. Iedere hoofdcategorie heeft haar eigen standpunten. Deze standpunten kunnen tegenstrijdig zijn.

Aan de ene kant is men van mening dat het verstrekkingenpakket niet mag worden ingekrompen, maar aan de andere kant pleit men wel voor kostenbeheersing en het tegengaan van verspilling.

De participatie van patiënten staat op dit moment volop in de belangstelling. Ook hier valt weer een tweedeling op: aan de ene kant een groep die van mening is dat het vooral moet gaan om belangenbehartiging, en aan de andere kant een groep die wil participeren in de besluitvormings-trajecten om zodoende de positie van de patiënten veilig te stellen.

Een bespreking van standpunten inzake KMT vindt op dit moment nog niet plaats. Men bewaakt echter in het algemeen of er zaken niet in tegenspraak zijn met de eerder geformuleerde aandachtspunten van de patiëntenbeweging.

De KMT'en staan wel in de belangstelling en hebben grote invloed op de individuele patiënt. Gelet op het voorgaande komt de patiëntenbeweging niet met een standpunt naar buiten. Een deel van de patiëntenbeweging pleit voor een gedragscode voor onderzoekers. In een dergelijke code dient bijvoorbeeld de handelwijze richting de pers te worden opgenomen²⁷.

Rol van de overheid

Men is niet onverdeeld gelukkig met de opstelling van de overheid. In het kader van het beleid van terugtrekkende overheid, wordt steeds meer overgelaten aan de krachten van het veld. Hierbij wordt echter geen rekening gehouden met de verschillen in sterkte van die krachten. Men pleit er dan ook voor om eerst de sterkte van de krachten te egaliseren. Slechts dan is een eerlijke strijd mogelijk. Men wil graag optreden als derde partij, maar dan wel enigszins gelijkwaardig. Tevens wil men invloed op dezelfde trajecten als de andere krachten (aanbieders en verzekeraars).

De rol van de overheid wordt door sommige delen van de patiëntenbeweging stevig bekritiseerd. Bijvoorbeeld de budgettering als instrument van kostenbeheersing wordt scherp veroordeeld. Volgens sommigen druist de budgettering in tegen de grondrechten van de patiënt: vrije toegang tot zorg en een goede behandeling van de klachten.

Het valt in dit verband op dat men wel zeer geïnteresseerd is in de uitkomsten van de commissie "Keuzen in de zorg"²⁸. Men verwacht van deze commissie antwoorden op vragen die men zelf liever omzeilt, zoals een gesprekspartner het uitdrukte.

Rol medici

De rol van de medici wordt als tweeslachtig omschreven. Aan de ene kant zegt bijvoorbeeld een orgaan als de LSV al haar activiteiten in het belang van de patiënt uit te voeren, terwijl aan de andere kant men bezig is door annexatie van gebieden die voorheen niets met gezondheidszorg te maken hadden de medicalisering van de samenleving te vergroten. De verzekeraars stellen zich overigens eveneens op het standpunt alles te doen in het belang van de patiënt. De patiëntenbeweging is van mening dat zij degene is die voor de belangen van de patiënt dient op te komen. Men verwijt de overige partijen en met name de aanbieders enig paternalisme²⁹.

6.5.12 TOETSING AAN HET ORDENINGSKADER

Alvorens de in het veldonderzoek verzamelde gegevens te toetsen aan het ordeningskader zal in onderstaand schema de belangrijkste items worden samengevat. Hiertoe zijn deze items per groep geclusterd.

Items	Directie AZ	Directie Alg. zkhs.
Nieuwsgaring	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medisch specialisten eigen ziekenhuis 2. VAZ, IHDF 3. Congressen 4. Vakliteratuur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medisch specialisten eigen ziekenhuis 2. Schweizer-cursus NVZD 3. Werkgroepen jonge directeurs NZI 4. Media
Bespreking	In een daartoe opgericht overleg (b.v. kwartaaloverleg, jaarplanprocedure, OG)	Investeringscommissie of via medische staf
Criteria	<ul style="list-style-type: none"> • Medisch profiel • Infrastructuur • Verbetering academisch klimaat • Exploitatietechnische haalbaarheid • Medische effectiviteit • Ondersteunend aan patiëntgebonden onderzoek • Samenwerking met andere ziekenhuizen is negatief criterium. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verkorting verpleegduur • Bespreking iatrogene schade • Verbetering imago ziekenhuis • Efficiency • Verbetering van de zorg • Substitutiemogelijkheden • Kosteneffectiviteit • Medisch beleidsplan • Samenwerking met andere ziekenhuizen heeft een wisselende appreciatie

Items	Directie AZ	Directie Alg. zkhs.
Rol overheid	<ul style="list-style-type: none"> • Traag • Overdetaillering • Dubbel werk verrichtend • Bemoeizucht m.b.t. dagelijkse leiding AZ • Doet overbodige zaken (planning-besluiten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Traag • Niet terzake kundig • Politieke beslissingen werken eerder kostenverhogend dan omgekeerd
Samenspel directie - medici	<ul style="list-style-type: none"> • Positief over samenwerking • Onderling respect • Medici zeer grote invloed • Directie vaart voornamelijk op oordeel medici • Managementparticipatie op sommige plaatsen reeds gedeeltelijk ingevoerd als gevolg van divisie-structuur 	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniemodel wordt nagestreefd • Medici grote invloed op besluitvorming • Directies hebben soms het gevoel te worden gebruikt door de medici • Managementparticipatie wordt genoemd en positief benaderd

Items	Medici AZ	Medici Alg. zkhs.
Nieuwsgaring	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wandelgangen congresgebouwen 2. Industriële onderzoekers 3. Vakliteratuur 4. Media 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wetenschappelijke verenigingen 2. Collega's in het ziekenhuis 3. Vakliteratuur & media 4. Industrie 5. Wandelgangen congresgebouwen
Bespreking	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreking in vakgroep • Verdere uitwerking • Bespreking met directie of divisiebestuur • Bespreking binnen commissie (OG, invest. etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreking in maatschap • Bespreking in medische staf • Voorleggen aan investeringscommissie
Criteria	<ul style="list-style-type: none"> • Meerwaarde voor de behandeling • Mogelijkheid tot vervanging van een invasieve techniek • Passend in het afdelingsbeleidsplan • Efficiency • Samenwerking is negatief criterium (prestigeverlies en angst voor patiëntenshift) 	<ul style="list-style-type: none"> • (Maatschap) patiëntenaanbod • Kennis en kunde aanw. • Ondersteuning aanw. • Passend in maatschapsbeleidsplan • (Invest.cie/med.staf) • Meerwaarde van de behandeling • Invasief vervangen door non-invasief • Substitutiemogelijkheden • Kosten-batenanalyse • Samenwerking met andere ziekenhuizen wordt meestal niet aangemoedigd

Items	Medici AZ	Medici Alg. zkhs.
Rol overheid	Geen mening, staat te veraf	Geen zicht op
Samenspel directie - medici	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniemodel • Onderling respect • Managementparticipatie wordt positief gewaardeerd • Medici zijn zich bewust van hun macht en zetten deze in ten gunste van het ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniemodel, maar ook confrontatiemodel • Managementparticipatie; wisselende appreciatie

Items	Zorgverzekeraars	Adviesorganen
Nieuwsgaring	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informatie uit overleg met ziekenhuizen 2. VAGZ 3. Vakliteratuur en media 4. Verzekerden en patiëntenverenigingen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vakliteratuur 2. Alleen GR doet systematisch literatuuronderzoek
Bespreking	Meestal te laat bij discussies betrokken, waardoor een reactieve houding. Men baseert zich dan op ZFR/VNZ/KLOZ-uitspraken	Zijn afhankelijk van wettelijke procedures; hebben vandaar een reactief beleid.
Criteria	<ul style="list-style-type: none"> • Verbetering van de zorg aan de patiënt • Mogelijkheden tot substitutie • Meerwaarde van de zorg in relatie tot de kosten • Aanwezigheid goede financieringsregeling • Samenwerking met andere ziekenhuizen • Spreiding versus concentratie • Bereidheid van verzekerden om meer premie te betalen 	De GR kan als enige proactief reageren

Items	Zorgverzekeraars	Adviesorganen
Rol overheid	<ul style="list-style-type: none"> • Deregulering van de overheid is probleemverschuiving • Sturing op kwantiteit in plaats van op kwaliteit • Ondoorzichtig en zwalkend beleid 	<ul style="list-style-type: none"> • Traagheid in reactie • Dubbel werk door herhaling van onderdelen van de procedure op het ministerie
Samenspel directie - medici	<ul style="list-style-type: none"> • Alg. zhs.: indruk dat directie door medici wordt gesouffleerd • AZ: directie heeft meer eigen beleid • Tendens tot meer samen optrekken van medici en directies • Concurrentie tussen ziekenhuizen speelt grote rol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indruk dat directies soms worden "gestuurd" door medici • In toenemende mate pactvorming tussen medici en directie.

Items	Rijksoverheid	Provinciale overheid
Nieuwsgaring	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contacten met het veld 2. Gezondheidsraad 3. Ontwikkelingsgeneeskunde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Via IPO-contacten 2. Media
Bespreking en criteria	<ul style="list-style-type: none"> • Meerjarenplanprocedures • Beleidsplan Ontwikkelingsgeneeskunde 	<ul style="list-style-type: none"> • Reactief beleid; de provinciale overheid volgt de procedures en wacht af tot haar mening wordt gevraagd
Rol overheid	Men wil de rol van de overheid verbeteren, echter, de procedures kunnen immer door de politiek anders worden uitgelegd	<ul style="list-style-type: none"> • Men streeft naar een meer actieve opstelling richting rijksoverheid • Men vindt dat de rijksoverheid te vaak afwijkt van adviezen van de provincie
Samenspel directie - medici	<ul style="list-style-type: none"> • Medici hebben een zeer grote invloed op de beslissingen van de directie • Hierdoor zijn medici in staat het topzorgbeleid in hoge mate te bepalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Medici hebben een grote invloed op directies • Algemene ziekenhuizen lobbyen actief bij de provincie

Items	Industrie	Patiënten
Nieuwsgaring	<ul style="list-style-type: none"> • Literatuur • Contacten met onderzoeksgroepen • Nieuwsgaring is uit marketingoogpunt van het grootste belang 	<ul style="list-style-type: none"> • Media • Beleidsliteratuur
Bespreking en criteria	Men levert ondersteuning aan ziekenhuizen bij het opstellen van kosten-batenanalysen, alsmede met het berekenen van exploitatietechnische gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtspositie patiënt • Gelijkberechtiging • Kostenbeheersing c.q. -verdeling • Geen specifieke KMT-criteria
Rol overheid	Men onderhoudt nauwelijks contact met de overheid; de overheid stimuleert dergelijk contact ook niet	<ul style="list-style-type: none"> • In een terugtrekkende overheid schuilt het gevaar voor onevenwichtigheid in het veld, waardoor discussies in een bepaalde richting kunnen worden geduwd. • Het instellen van de commissie-Dunning wordt gewaardeerd

Items

Samenspel
directie - medi-
ci

Industrie

- Directies worden ten opzichte van een paar jaar geleden sneller bij de onderhandelingen betrokken
- Medici hebben een grote invloed bij het aanschafbeleid van KMT
- Tegenwoordig wordt vaak gewerkt met multidisciplinaire projectgroepen; de industrie juicht dit toe

Patiënten

- Medici stellen zich tweeslachtig op: Enerzijds als vertegenwoordiger van de patiënt, anderzijds annexeren zij aspecten van zorg die niet strikt medisch zijn.
- Hebben een grote invloed op het gehele volksgezondheidsbeleid

Na deze samenvatting geef ik in hiernavolgend schema het resultaat van toetsing van de analyse van het veldonderzoek aan het ordeningskader per groep geïnterviewden weer.

Rationele besluitvormingsmodellen

Directie AZ	In toenemende mate rationele elementen door middel van commissies en projectgroepen en het op die manier structureren van de besluitvorming.
Directie alg. zhs.	In toenemende mate rationele elementen door middel van investeringscommissies. In vergelijking met AZ'en verloopt deze ontwikkeling trager.
Medici AZ	Participeren in commissies, echter, maken nauwelijks gebruik van elementen van rationele besluitvorming, echter tendens aanwezig richting rationalisering.
Medici alg. zhs.	Participeren in commissies, echter, maken geen gebruik van elementen van rationele besluitvorming.
Zorgverzekeraars	Hanteren bij de beoordeling en onderhandeling elementen van rationele besluitvorming.
Adviesorganen	De door hen uit te voeren procedures bevatten rationele element
Rijksoverheid	De ontworpen procedures bevatten rationele elementen, echter, de politiek doorkruist deze procedures, waardoor juist deze elementen veelal teloor gaan.
Provinciale overheid	De door hen uit te voeren procedures bevatten elementen van rationele besluitvorming.
Industrie	Het door hen gehanteerde marketinginstrumentarium bevat veel elementen van rationele besluitvorming.
Patiënten	Zij maken geen gebruik van rationele besluitvormingsmodellen.

Descriptieve besluitvormingsmodellen

Directie AZ	Ja, satisficing search.
Directie alg. zhs.	Ja, satisficing search.
Medici AZ	Ja, garbage can.
Medici alg. zhs.	Ja, garbage can.
Zorgverzekeraars	Ja, satisficing search.
Adviesorganen	Ja, muddling through.
Rijksoverheid	Ja, muddling through.
Provinciale overheid	Ja, muddling through.
Industrie	Nauwelijks; voor het nemen van hun marketing-beslissingen gebruiken ze rationele besluitvormingsmodellen. Echter, deze modellen worden frequent aangevuld met satisficing search, met name in reactie op activiteiten in de markt.
Patiënten	Ja, garbage can.

PAR-model

Directie AZ	Ja, incidenteel	} Bij alle vier echter dalende trend.
Directie alg. zhs.	Ja, incidenteel	
Medici AZ	Ja, frequent	
Medici alg. zhs.	Ja, frequent	

Zorgverzekeraars	Ja, incidenteel; met name bij KMT waarbij grote substitutiemogelijkheden worden verwacht.
Adviesorganen	Neen.
Rijksoverheid	Neen.
Provinciale overheid	Neen.
Industrie	Neen.
Patiënten	Ja, frequent; met name veroorzaakt door de grote aandacht die door de media aan KMT wordt besteed.

Medische besliskunde

Slechts door de medici AZ en door de zorgverzekeraars werd enkele keren op de mogelijkheden van de medische besliskunde gewezen. Men ziet het nog niet als reële mogelijkheid voor toepassing op grote schaal.

Medical Technology Assessment

Directie AZ	Men is redelijk goed op de hoogte van de mogelijkheden van MTA, echter, men beschouwt het soms slechts als modeverschijnsel.
Directie alg. zhs.	MTA en haar mogelijkheden zijn nauwelijks bekend.
Medici AZ	Men kent het begrip, is echter onvoldoende bekend met de mogelijkheden ervan. Men is bereid eraan mee te werken, omdat dergelijke medewerking nu eenmaal in toenemende mate wordt geëist door subsidiegevers. Men heeft weinig vertrouwen in de hantering van de uitkomsten van MTA door de overheid.
Medici alg. zhs.	Nauwelijks bekend met het begrip noch met de mogelijkheden.

Zorgverzekeraars	MTA is bekend en wordt door velen waardevol geacht als middel om tot een meer gerichte middelenallocatie te komen. Daarnaast wordt het beschouwd als een goede kwaliteitsbewaker.
Adviesorganen	De adviesorganen beschouwen het als een waardevol instrument ter toetsing van het beleid.
Rijksoverheid	Idem.
Provinciale overheid	MTA en de mogelijkheden ervan zijn nauwelijks bekend.
Industrie	De industrie acht het een nuttig instrument en is bereid haar medewerking te verlenen.
Patiënten	Nauwelijks bekend.

Planningstrategie & sturingsfactoren voor de planning

Directie AZ	Allocatieve planningstrategie; politieke sturingsfactoren.
Directie alg. zhs.	Allocatieve planningstrategie; politieke sturingsfactoren.
Medici AZ	Laissez faire, echter, bij divisiestructuur minimale planning met allocatieve elementen; inhoudelijk politieke sturingsfactoren.
Medici alg. zhs.	Laissez faire; inhoudelijk politieke sturingsfactoren.
Zorgverzekeraars	Normatieve, allocatieve planning; maatschappelijk politieke sturingsfactoren.
Adviesorganen	N.v.t.
Rijksoverheid	Allocatieve planning met normatieve elementen, politieke sturingsfactoren.

Provinciale overheid	Normatieve planning; politiek-maatschappelijke sturingsfactoren.
Industrie	Toekomstgerichte planning; inhoudelijk- maatschappelijke sturingsfactoren.
Patiënten	N.v.t.

Beïnvloedingssystemen

Voor de overzichtelijkheid heb ik de in de gesprekken verzamelde gegevens samengevat in hiernavolgend overzicht. Daarin zijn de beïnvloedingssystemen gegroepeerd naar de drie in hoofdstuk 3 onderscheiden onderdelen van de ziekenhuisorganisatie, namelijk MB, PB en directie.

Machineachtige bureaucratie

Empire building.
Budgeting.
Whistle blowing.

Professionele bureaucratie

Alliance.
Expertise.
Lording.
Rival camps.
Strategic candidates.

Directie

Hoor en wederhoor.
Budgeting.
Tijd.

Machtsspelen

Na analyse van alle gesprekken blijkt dat alle partijen in meer of mindere mate gebruikmaken van de vier machtsspelen:

- Probleemoplossende benadering.
- Situationele manipulatie.
- Confronterende benadering.
- Psychologische manipulatie.

Het verder aangeven van graduele verschillen zou een nauwkeurigheid aangeven die ik op grond van dit kwalitatieve beleidsonderzoek niet kan verantwoorden.

Spanningsvelden

De in hoofdstuk 3 beschreven spanningsvelden in de samenwerking binnen een ziekenhuisorganisatie zijn alle vier door de gesprekspartners afkomstig uit de ziekenhuizen gemeld. Hierbij valt echter op dat domeinconflicten bij de algemene ziekenhuizen een grotere rol spelen dan bij de AZ'en.

Opvallend is dat de vertegenwoordigers uit de ziekenhuizen bijna allemaal te kennen geven samenwerking met andere ziekenhuizen niet actief na te streven. De directe externe samenwerkingsrelaties binnen een regio zijn op enkele uitzondering na vooral cosmetisch.

6.6 REACTIES OP HET MODEL VAN EEN SPREIDINGSHULPMIDDEL

In het tweede deel van de interviews is het spreidingshulpmiddel (SHM) besproken. Hierdoor ontstonden vaak diepgaande discussies over de problematiek. Deze discussies zijn vervolgens geanalyseerd en de resultaten van deze analyse worden in het hiernavolgende gepresenteerd. Voor de overzichtelijkheid is gekozen voor de volgende indeling:

- 6.6.1 Positieve elementen van het model.
- 6.6.2 Negatieve elementen van het model.
- 6.6.3 Suggesties voor verbeteringen van het model.

Waar meningen van partijen uiteenlopen geef ik dit aan.

6.6.1 POSITIEVE ELEMENTEN VAN SHM

Zoals reeds aan het begin van dit hoofdstuk is vermeld, heeft geen van de gesprekspartners SHM op voorhand verworpen. In de nu volgende opsomming wordt in willekeurige volgorde weergegeven welke elementen men als positief bestempeld heeft:

- Flexibiliteit door periodieke herijking.
- Eenvoud.
- Snelle toepasbaarheid.
- Korte doorlooptijd.
- Inpasbaarheid in huidige regelgeving.
- Toepasbaarheid op verschillende besluitvormingsniveaus.
- Toepasbaarheid niet alleen bij spreiding van KMT, maar ook bij spreiding van andere technieken binnen de gezondheidszorg.
- In een vroeg stadium duidelijkheid omtrent de geschatte omvang van de afzetmarkt.
- Goede balans tussen theorie en praktijk.
- Stratificatie in financiering van apparatuur is prima en verhoogt de ondernemersgeest van ziekenhuizen.
- Specifieke aandacht voor problematiek rond substitutie en infrastructuur.
- Rationaliteit.
- Voorkoming van onverwachte overcapaciteit zoals is opgetreden bij het uitreden van CT uit artikel 18.
- Mogelijkheid tot bewaking van de opbouw van de verspreiding maar ook van de afbouw.
- Noodzakelijkheid tot het opstellen van een planningbesluit vervalt, daardoor meer mogelijkheden tot profilering, concurrentie en samenwerking.
- Directe plaatsing van KMT onder artikel 18 biedt juridische zekerheid.
- Door periodiciteit wordt ook de kwaliteit van zorg gewaarborgd.
- Openbaarheid van het SHM is groot pluspunt.
- Bureaucratie tot het hoogstnoodzakelijke beperkt.
- Inzicht in stand der wetenschap door middel van meta-analyse.
- Betrokkenheid van de medische professie bij de problematiek van spreiding.

- Patiëntgerichtheid van het model.
- De inpassing van het maatschappelijk forum op het moment dat men kan beschikken over resultaten van het evaluatieonderzoek, waarmee discussies op grond van veronderstellingen kunnen worden beperkt.

Toelichting op de opsomming van positieve elementen

Alle gesprekspartners wezen erop dat eenvoud, openbaarheid, rationaliteit en periodiciteit belangrijke positieve elementen zijn. Men wees erop dat het veld de zeer onduidelijke en omslachtige procedures niet meer vindt passen in deze tijd. Deregulering moet namelijk niet worden vertaald in reregulering. Dit laatste wordt met name door ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars beleefd.

De volgen punten behoeven enige nadere toelichting.

- Toepasbaarheid op verschillende besluitvormingsniveaus.
- Toepasbaarheid niet alleen bij spreiding van KMT, maar tevens bij spreiding van andere technieken binnen de gezondheidszorg.

Men is van mening dat SHM niet alleen op het landelijk niveau, maar ook op provinciaal, regionaal en lokaal niveau kan worden toegepast. Het kan voor een ziekenhuis dienen als zelfdiagnosemiddel. Daarnaast kan het ziekenhuis het model hanteren voor bestaande technieken om zodoende na te gaan of er nog wel voldoende patiënten voor zijn. Tevens is het toepasbaar op andere activiteiten binnen de gezondheidszorg, bijvoorbeeld bepaling aantal buitenpoli's, verpleeghuisbedden en traumazorgunits.

De volgende punten zijn door één of meerdere partijen genoemd en zullen in het nuvolgende puntsgewijs worden toegelicht.

- In een vroeg stadium duidelijkheid omtrent de geschatte omvang van de afzetmarkt.
- Voorkoming van onverwachte overcapaciteit zoals is opgetreden bij het uitreden van CT uit artikel 18.

Deze twee punten zijn door de industrie naar voren gebracht. Het is voor de industrie van groot belang om in een vroeg stadium een globaal beeld te hebben over de toekomstige omvang van de markt in Nederland.

Nederland is voor de industrie een relatief kleine markt. De industrie acht het gevoerde beleid rond artikel 18 ronduit treurig en wijst daarbij op het CT-beleid. Na het vrijgeven van de CT werd de CT een "me too"-product. Daarmee werd bedoeld op het feit dat ook de kleinste ziekenhuizen perse een CT wilden hebben. Deze ziekenhuizen hebben zich in die tijd te weinig beziggehouden met het opstellen van een programma van eisen voor de CT, waardoor soms overhaaste beslissingen zijn genomen. Het SHM kan door zijn periodieke herijking een meer rationele en geleidelijke lijn volgen.

De belangrijkste motivatie voor "me too"-gedrag was dat men niet achter wilde blijven en wilde voorkomen dat men patiënten zou verliezen aan naburige ziekenhuizen die wél een CT hadden. Door de geïnterviewde medici werd daar nog aan toe gevoegd dat zij de indruk hadden dat huisartsen soms patiënten liever direct verwijzen naar een ziekenhuis dat de nieuwe techniek in huis heeft. De reden daarvoor zou kunnen zijn: "De nieuwste apparatuur gaat in de ogen van de huisarts vaak samen met bekwaamere specialisten", zoals één van hen verwoordde.

- Specifieke aandacht voor problematiek rond substitutie en infrastructuur.
- Stratificatie in financiering van apparatuur is prima en verhoogt de ondernemersgeest van ziekenhuizen.
- Noodzakelijkheid tot het opstellen van een planningbesluit vervalt, daardoor meer mogelijkheden tot profilering, concurrentie en samenwerking.
- Door periodiciteit wordt ook de kwaliteit van zorg gewaarborgd

Deze vier punten zijn met name door de zorgverzekeraars genoemd. Het SHM kan er namelijk expliciet toe bijdragen dat ziekenhuizen die niet over de gewenste infrastructuur beschikken, niet de beschikking krijgen over apparatuur waarvoor een bepaalde infrastructuur noodzakelijk is.

Het vraagstuk substitutie blijft een moeilijk punt, maar aandacht daarvoor is van veel belang. Als er in het SHM aandacht aan wordt geschonken dan stimuleert dat de discussie binnen de beroepsgroep. Men realiseert zich terdege dat substitutie een kwestie van tijd is.

De in het SHM voorgestelde stratificatie in financiering wordt door alle partijen gesteund. De directies zien er mogelijkheden in om entrepreneurschap aan de dag te leggen en hun ziekenhuis daarmee te profileren. De medici zijn van mening dat op deze wijze durf wordt beloond.

De zorgverzekeraars vinden dit meer overeenkomen met de realiteit³⁰ die ook in andere delen van de maatschappij wordt aangetroffen. De gesprekspartners van de zijde van de rijksoverheid zijn van mening dat een dergelijk systeem voordelen biedt ter bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen. Het punt van stratificatie in financiering is in hoofdstuk 5 besproken.

Planningbesluiten kunnen bij de toepassing van SHM komen te vervallen. Dit biedt volgens de zorgverzekeraars en provincie de mogelijkheid om meer gewicht te leggen bij het regionale overleg. Hierdoor kan de invloed van de provincie op de spreiding toenemen.

De zorgverzekeraars hebben er specifiek op gewezen dat door de periodieke herijking van SHM de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd. Er kan namelijk snel en adequaat gereageerd worden op nieuwe ontwikkelingen. Hierdoor zouden mutatis mutandis overbodige behandelingen eerder achterwege kunnen worden gelaten. Bij de huidige discussies over kwaliteit van zorg vormt dit een belangrijk pluspunt.

- Mogelijkheid tot bewaking van de opbouw van de verspreiding maar ook van de afbouw.
- Inpasbaarheid in huidige regelgeving.
- Balans gezocht tussen theorie en praktijk.
- Directe plaatsing van KMT onder artikel 18 biedt juridische zekerheid.

De adviesorganen benadrukten met name deze vier punten. Het gebruikmaken van elementen uit de huidige regelgeving spreekt aan. Het plaatsen van OG-projecten onder het artikel 18 regime biedt in elk geval juridische zekerheid, waarmee kan worden voorkomen dat financiering buiten OG om plaats kan vinden. Men wijst er in dat verband tevens op dat afbouw van voorzieningen door middel van SHM kan worden gereguleerd. Dit kan bij substitutievraagstukken een rol kan spelen³¹.

Het punt van de balans tussen theorie en praktijk wordt door hen geapprecieerd. Het SHM sluit beter aan op de gang van zaken in de praktijk dan de huidige regelgeving. Ook ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars hebben daarop gewezen.

- De inpassing van het maatschappelijk forum op het moment dat men kan beschikken over resultaten van het evaluatieonderzoek.

De patiëntenbeweging heeft met name dit punt als positief bestempeld. In het huidige systeem is de patiënteninbreng diffuus en niet gestructureerd. Door hen actief te laten participeren in een maatschappelijk forum wordt deze inbreng concreter.

6.6.2 NEGATIEVE ELEMENTEN IN HET MODEL

In de onderstaande opsomming worden de negatieve elementen in willekeurige volgorde weergegeven. In de daaropvolgende toelichting zullen zij worden besproken

- Kans op verstoring door politieke discussies.
- Kans op bureaucratisering en verstarring van SHM reëel.
- Indicatiestelling is in het begin zeker niet hard, wat gevolgen heeft voor de betrouwbaarheid van de invulling van de vragenlijst.
- Controle op eerlijke invulling van de vragenlijst afwezig.
- Toewijzingscriteria van het evaluatieonderzoek ontbreken; echte "onafhankelijken" bestaan immers niet.
- SHM meer gericht op therapeutische apparatuur dan op diagnostische apparatuur.
- Overbodigheid van de detailvragen. Deze voegen niets toe aan de informatie voor het SHM, maar zijn voor de lokale ziekenhuissituatie zeker van belang.
- Vertrouwen is de critical success factor voor SHM, met andere woorden, is het in opzet niet te ideëel.
- Hantering van het "grijze financieringscircuit" (liefdadigheid, industrie)?
- Vrees voor ondercapaciteit.
- Plaatsing van een klein aantal apparaten kan lastig zijn? Meerdere instellingen kunnen dan aan de criteria voldoen, waardoor er een subjectief keuzemoment kan komen.

- Problematiek van de instelling van de medisch specialist. Van hem wordt gevraagd meer generalistisch te denken in plaats van individualistisch. (Breder dan zijn eigen ziekenhuis te denken.)
- Onduidelijkheid wie SHM hanteert.
- Geen aandacht voor kosten.
- Hoe is het SHM te hanteren bij mobiele installaties?
- Niet geschikt om twee technieken met elkaar te vergelijken.

Toelichting op de opsomming van negatieve elementen

De eerste vier punten (politieke interventie, verstarring, controle en mogelijkheid tot het geven van betrouwbare antwoorden in een vroeg stadium) zijn door een groot aantal gesprekspartners afkomstig uit alle partijen genoemd. Het punt van frustratie van het systeem door politieke acties werd daarbij steeds als belangrijkste punt van zorg genoemd. Op de mogelijkheden dit gedeeltelijk te ondervangen wordt bij de bespreking van verbeteringsvoorstellen voor het model nader ingegaan. Het voorgestelde model van een maatschappelijk forum werd door de meeste gesprekspartners positief beoordeeld. De andere punten zijn door een wisselend, klein aantal gesprekspartners genoemd.

Een aantal negatieve elementen komt niet terug in verbeteringsvoorstellen; deze zullen hier worden besproken.

- Problematiek van de instelling van de medisch specialist. Van hem wordt gevraagd meer generalistisch te denken in plaats van individualistisch. (Breder dan zijn eigen ziekenhuis te denken.)

Een bepaalde attitude kan uiteraard niet door het SHM worden veranderd. Wat echter door middel van de vragenlijst wel kan worden bevorderd is een meer generalistische manier van benaderen van de spreidingsproblematiek. In investeringscommissies binnen ziekenhuizen wordt steeds vaker aan specialisten gevraagd mee te denken over de aanschaf van apparatuur door collega's binnen hetzelfde ziekenhuis. Men zou het kunnen beschrijven als een transitieproces, waarin de specialist gewend raakt aan het breder benaderen van problematiek. De eerder gesignaleerde managementparticipatie kan daaraan een bijdrage leveren.

- Vertrouwen is de critical success factor voor SHM, met andere woorden, is het in opzet niet te ideëel.

Een enkeling noemde het SHM ideëel, omdat het slechts werkt als het model vertrouwen geniet. Vertrouwen aan een model wordt slechts gegeven als men het model kan doorgronden en als het voor iedere partij op eenzelfde wijze wordt toegepast. Aan deze twee voorwaarden is in de opzet van SHM voldaan. Gelet op de positieve elementen die blijkens de vorige tabel zijn genoemd, kan voorlopig worden geconstateerd dat deze voorwaarden als zodanig in het SHM zijn herkend.

- Niet geschikt om twee technieken met elkaar te vergelijken.

Het SHM is niet opgezet om twee technieken met elkaar te vergelijken. Dit is met name het terrein van de MTA.

6.6.3 SUGGESTIES VOOR VERBETERING VAN HET MODEL

In onderstaande opsomming zijn de verbeteringsvoorstellen opgenomen, die door middel van een toelichting nader zullen worden uitgewerkt. De voorstellen zijn gegroepeerd rond thema's:

Onderzoeksgroepen

- Stel criteria op waaraan de centra die evaluatieonderzoek mogen uitvoeren, moeten voldoen.
- Bouw garanties in voor flexibiliteit.
- Laat de onderzoeksgroep protocollen uitwerken voor toepassing van de techniek.
- Indien meerdere onderzoeksgroepen een aanvraag voor OG indienen, laat de groepen die niet gehonoreerd worden als klankbordgroep dienen.

Vragenlijst en spreidingsprofiel

- Schrap de detailvragen
- Stel eisen aan degenen die de apparatuur gaan bedienen en verplicht de centra die een apparaat in een vroeg stadium toegewezen krijgen tot het opleiden van collega's.
- Werk Ja-/Nee-vragen verder uit.
- Spreek liever over infrastructuur en besteed daarbij tevens aandacht aan de klinische omgeving.
- Schrap de stratificatie bij toekenning.

- Neem bij de eisen te stellen aan het ziekenhuis ook een minimaal aantal verrichtingen per jaar op, opdat kennis en kunde op peil kan blijven.
- Maak gebruik van consensusbesprekingen met betrekking tot indicatiestellingen.
- Verwerk wachtlijstproblematiek in SHM.
- Zorg voor waarborgen dat het maatschappelijk middenveld zijn visie heeft kunnen geven voordat het spreidingsprofiel wordt vrijgegeven.
- Neem een vraag op over het minimaal aantal verrichtingen dat per jaar moet worden uitgevoerd, opdat kennis en kunde op peil kan blijven.

Meta-analyse

- Geef de GR een rol bij de uitvoering van de meta-analyse.
- Laat meta-analyse en ingevulde vragenlijst door een tweede deskundige beoordelen.
- Laat de GR meerjarenplannen maken waarin de te verwachten nieuwe ontwikkelingen worden verwerkt. Daarmee kan voorkomen worden dat de politiek de werking van het SHM frustreert.

Uitvoering SHM-procedure

- Stel een onafhankelijk SHM-bewakingsorgaan in (CvZ, IPO, GR, ZFR, NZR).

Kostenvraagstuk

- Neem een kostenparagraaf op (Exploitatie & Investering), zodat het ziekenhuis dat overweegt een aanvraag in te dienen meerdere technieken tegen elkaar kan afwegen.
- Nieuwe techniek moet naast zorgeffectief ook kosteneffectief zijn.
- Koppel SHM aan QALY-onderzoek.

Aanbevelingen

- Bouw bij toekenning de verplichting tot samenwerking ter bevordering van de efficiency in en verplicht de ziekenhuizen tot evaluatie.

- Bevorder de snelheid van werken door de doorlooptijd van OG-onderzoek variabel te maken.
- Laat een eventuele MTA de snelheid van werken van SHM niet belemmeren, maar zorg tevens dat de resultaten van MTA nog wel kunnen worden geïmplementeerd.
- Reserveer meer geld voor OG, omdat de rol van OG wordt vergroot door toepassing van het model.
- Betrek provincie meer nadrukkelijk in toekenningsproces
- Verplicht ziekenhuizen slechts 80% van de beschikbare capaciteit van de apparatuur te gebruiken en 20% slechts voor calamiteiten aan te wenden. Dit heeft veel lagere kosten tot gevolg
- Stel geen nieuwe planningbesluiten in het kader van artikel 18 op, maar werk volgens SHM.
- Verwerk het patiëntenbelang in het SHM (extra apparaat versus reiskosten).

Toelichting

In deze toelichting worden de verbeteringsvoorstellen nader beschouwd.

Onderzoeksgroepen

Met betrekking tot de onderzoeksgroepen zijn de volgende verbeteringsvoorstellen genoemd:

- Stel criteria op waaraan de centra die evaluatieonderzoek mogen uitvoeren, moeten voldoen.
- Bouw garanties in voor flexibiliteit.
- Laat de onderzoeksgroep protocollen uitwerken voor toepassing van de techniek.
- Indien meerdere onderzoeksgroepen een aanvraag voor OG indienen, laat de groepen die niet gehonoreerd worden als klankbordgroep dienen.

Het stellen van criteria aan de centra is in de filosofie van het SHM een taak voor de commissie Ontwikkelingsgeneeskunde. Het SHM gaat er immers vanuit dat de onderzoeksaanvragen via de commissie OG van de ZFR worden beoordeeld door de commissie OG van NWO.

Bij deze wetenschappelijke beoordeling hoort tevens een beoordeling van de geschiktheid van het centrum dergelijk onderzoek naar tevredenheid uit te kunnen uitvoeren. Verwarring van het SHM met een wetenschappelijk beoordelingsinstrument dient te allen tijde te worden voorkomen. Beoordeling van wetenschappelijk onderzoek dient gescheiden te blijven van beoordeling van spreidingsaanvragen. Aan het op te stellen evaluatierapport kunnen eisen met betrekking tot het opstellen van protocollen voor verantwoorde toepassing van de techniek worden gesteld. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze protocollen uiteraard een voorlopig en adviserend karakter zullen hebben, omdat de techniek nog in ontwikkeling is. Te allen tijde dient te worden voorkomen dat protocollen tot verstarring aanleiding geven. De protocollen kunnen echter wel als leidraad voor de identificatie en behandeling van de patiëntendoelgroepen worden gebruikt. Met het oog op het snel kunnen inspelen op de ontwikkelingen is het van belang dat de onderzoeksgroep de nieuwe versies van de protocollen verspreidt onder de ziekenhuizen die eenzelfde apparaat hebben verworven. Daarnaast dienen deze te worden meegenomen in de herijking van het SHM. Slechts dan kan het SHM flexibel functioneren en zijn beloften waarmaken.

Als er meerdere aanvragen zijn voor het verrichten van onderzoek aan een nieuwe techniek, dan zijn er drie mogelijkheden:

- Men verzoekt de onderzoeksinstituten met een gezamenlijke aanvraag te komen, zodat zoveel mogelijk facetten van de nieuwe techniek kunnen worden onderzocht.
- Men keurt de aanvraag van één instituut goed en laat de overige als klankbord fungeren door bijvoorbeeld zitting te nemen in een begeleidingscommissie.
- Men honoreert één aanvraag en keurt de andere aanvragen op hetzelfde gebied af.

Welke benadering wordt gekozen, hangt van de situatie af. De middelste benadering wordt echter nu nog nauwelijks gehanteerd.

Vragenlijst en spreidingsprofiel

In de gesprekken zijn de vragen uitgebreid aan de orde gekomen en deze discussies hebben aanleiding gegeven tot een aantal verbeteringsvoorstellen.

- Schrap de detailvragen.

In alle gesprekken kwam naar voren dat de detailvragen afbreuk doen aan het SHM. Detailvragen kunnen aanleiding geven tot discussie, waarbij het gevaar niet denkbeeldig is dat de discussie zich toespitst op de details en dat de hoofdlijnen buiten beschouwing worden gelaten. De ziekenhuisdirecties merkten op dat de detailvragen behoren bij de afwegingen die het ziekenhuismanagement dient te maken. Deze afwegingen zijn voor ieder ziekenhuis verschillend en zodoende is het meenemen in het SHM ongewenst.

- Stel eisen aan degenen die de apparatuur gaan bedienen en verplicht de centra die een apparaat in een vroeg stadium toegewezen krijgen tot het opleiden van collega's.
- Werk Ja-/Neen-vragen verder uit.

De vraag "Dient iedere medisch specialist in het desbetreffende vakgebied de techniek te kunnen toepassen?" werd als te summier ervaren en gaf aanleiding tot meerdere interpretaties. In de discussies werd telkens naar voren gebracht dat het in het kader van de kwaliteit van zorg meer voor de hand ligt om aan de onderzoeksgroep te vragen welke eisen aan de toekomstige bedieners van de apparatuur zouden moeten worden gesteld. In het begin zal dit nog uiterst summier zijn, maar na de evaluatiestudie valt hier over het algemeen meer over te vertellen. Daarnaast kunnen gegevens worden geput uit de meta-analyse.

Het SHM wordt periodiek herijkt, zodat nieuwe bevindingen, ook op dit terrein, kunnen worden verwerkt.

- Spreek liever over infrastructuur en besteed daarbij tevens aandacht aan de klinische omgeving.
- Schrap de stratificatie bij toekenning.
- Neem bij de eisen te stellen aan het ziekenhuis ook een minimaal aantal verrichtingen per jaar op, opdat kennis en kunde op peil kan blijven.

De vragen omtrent welke andere specialismen en/of technieken er in de directe omgeving aanwezig moeten zijn, werden te summier gevonden. In de discussies kwam naar voren dat in dit verband tevens aandacht dient te worden besteed aan definiëring van de minimaal gewenste infrastructuur en de klinische omgeving waarin de techniek wordt toegepast. Het opnemen van een paragraaf over een minimaal aantal te verrichten onderzoeken werd in verband met het handhaven van de kwaliteit van zorg door een groot aantal gesprekspartners als essentieel gezien. In het verlengde van deze opmerking is men van oordeel dat de stratificatievraag (academisch, groot ziekenhuis, vrij) door het SHM niet geëxpliciteerd behoeft te worden. Wanneer in het SHM de infrastructuur en klinische omgeving wordt aangegeven, wordt reeds duidelijk in welke omgeving de techniek het best tot haar recht komt. Een nieuwe techniek, die toepasbaar is op een grote patiëntenpopulatie, kan een omvangrijke infrastructuur nodig hebben. In dat geval verdient het aanbeveling om na het eerste evaluatieonderzoek daar extra op te wijzen. De consequentie is dat de techniek in eerste instantie waarschijnlijk slechts in een klein aantal centra met succes kan worden toegepast, waardoor de behoefte niet kan worden gedekt. Bij dit soort technieken is de kans aanwezig dat de politiek invloed zal uitoefenen en een bredere verspreiding zal afdwingen. In de praktijk zal dit gaan betekenen dat er waarschijnlijk moet worden ingeboet op de infrastructuur.

De gesprekspartners zijn overigens van mening dat voor de ontwikkeling van nieuwe technieken het beste een groeimodel kan worden gehanteerd. Vanuit een paar centra wordt de verspreiding gestart en kan door de voortschrijdende ontwikkelingen via het SHM gedoseerd en gecontroleerd worden. Zij zijn voorstander van samenwerkingsverbanden rond OG-projecten.

- Maak gebruik van consensusbesprekingen met betrekking tot indicatiestellingen.
- Verwerk wachtlijstproblematiek in SHM.

De bepaling van de patiëntendoelgroepen komt in de evaluatieonderzoeksfase voornamelijk uit de meta-analyse. Aan de hand van de verdere ontwikkelingen zullen de patiëntendoelgroepen aan de ene kant steeds nauwkeuriger kunnen worden gedefinieerd, maar aan de andere kant door de ontdekking van de mogelijkheden tevens worden uitgebreid.

Om in een vroege fase reeds consensusbesprekingen te organiseren, heeft volgens andere gesprekspartners en de onderzoeker weinig zin, omdat er nog de techniek nog volop in ontwikkeling is. Bovendien is in de beginfase het aantal gebruikers klein. Bij de latere fase van verspreiding kan consensusbespreking een goed middel zijn om ongefundeerd gebruik te voorkomen.

Het wachtlijstprobleem staat volop in de discussie (1989,189). Een wachtlijst bij een patiëntendoelgroep voor behandeling met een andere techniek dan de dan beschouwde KMT is voor het model irrelevant. Voor het model is de omvang van de patiëntendoelgroep van belang. Als het model wordt gevolgd, dan wordt uiteindelijk voldoende capaciteit geïnstalleerd. Wat echter kan gebeuren is dat de patiënten liever de nieuwe KMT gebruiken dan de oude techniek. Dan ontstaan er dus snel wachtlijsten bij de KMT. De politiek heeft geen behoefte aan wachtlijsten, en kan politieke winst behalen door te pleiten voor een uitbreiding van de capaciteit van de KMT.

- Zorg voor waarborgen dat het maatschappelijk middenveld zijn visie heeft kunnen geven voordat het spreidingsprofiel wordt vrijgegeven.

Voorkomen moet worden dat het maatschappelijk middenveld slechts een pro-forma-rol krijgt toebedeeld.

Meta-analyse

- Geef de GR een rol bij de uitvoering van de meta-analyse.
- Laat meta-analyse en ingevulde vragenlijst door een tweede deskundige beoordelen.
- Laat de GR meerjarenplannen maken waarin de te verwachten nieuwe ontwikkelingen worden verwerkt. Daarmee kan voorkomen worden dat de politiek de werking van het SHM frustreert.

De meta-analyse blijkt een nog niet breed geïntroduceerd begrip te zijn. Na uitleg blijkt men er wel een oordeel over te hebben. Men is van mening dat de meta-analyse en vragenlijst met name in het eerste stadium gevoelig zijn voor fraude. Er werd dan ook meerdere malen gewezen op het verkrijgen van second opinion. Gelet op de grootte van Nederland werd gesuggereerd deze second opinion te vragen van een buitenlandse deskundige. Het maken van meta-analysen is arbeidsintensief. De GR heeft tot taak het volgen van de wetenschappelijke ontwikkelingen.

Het verdient volgens een groot aantal gesprekspartners dan ook aanbeveling de uitvoering van meta-analysen mede door de GR te laten uitvoeren. De in het model daartoe gemaakte vooronderstelling wordt derhalve gesteund.

Het ziekenhuis dat een aanvraag indient, kan de ruwe gegevens dan in eigen huis eventueel verder bewerken. Men vroeg zich daarnaast af of er door de GR geen meerjarenplannen kunnen worden vervaardigd waarin aandacht wordt besteed aan de ontwikkelingen op onder andere het gebied van kostbare medische apparatuur. Uit het gesprek met de GR bleek dat men daar bezig is meer aandacht te geven aan het opstellen van meerjarenplannen. Het initiatief tot het uitbrengen van jaaradviezen is daarvan een voorbeeld. Als deze meerjarenplannen ook politiek worden gefiatteerd, wordt het voor de politiek moeilijker het SHM te negeren, omdat het SHM dan gebruikmaakt van gegevens die door de GR zijn verzameld en door de politiek zijn gefiatteerd. Bovendien heeft de rijksoverheid besloten beleidsplannen OG tweejaarlijks op te stellen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van de jaaradviezen van de GR.

Uitvoering SHM-procedure

De nu volgende punten hebben betrekking op de bewaking van de SHM-procedure.

- Stel een onafhankelijk SHM-bewakingsorgaan in (CvZ, IPO, GR, ZFR, NZR).

In de discussies is frequent uitgebreid bij het SHM-traject stilgestaan. In het model is voorgesteld de uitvoering van het model neer te leggen bij het CvZ. Tijdens de discussies kwamen de volgende drie andere trends naar voren:

- Plaats het SHM onder directe verantwoordelijkheid van WVC.
Als motivatie werd daarvoor gegeven dat de bewaking van de uitvoering van SHM het beste zo dicht mogelijk bij de staatssecretaris kan worden geplaatst, omdat op die manier een eenvormige hantering goed kan worden gewaarborgd.

- Plaats het onder de verantwoordelijkheid van de ZFR.
Hiervoor werd als motivatie gegeven dat de ZFR ook de OG beheert en SHM maakt gebruik van OG. Tegenstanders van deze optie merkten op dat dan OG en spreiding in handen komen van de zorgverzekeraars.
- Plaats het SHM onder de verantwoordelijkheid van een onafhankelijk orgaan dat zou moeten bestaan uit vertegenwoordigers van de adviesorganen, provincie etc.
Tegenstanders waarschuwden voor een orgaan dat wordt lamgelegd door een belangenspel dat zou kunnen optreden, omdat de posities tussen de diverse adviesorganen opnieuw moeten worden bepaald. Tevens wezen zij erop dat het installeren van een nieuw orgaan bureaucratie in de hand werkt en dat inpassing in bestaande organen zou moeten worden nagestreefd³².

In dit verband merkte een aantal gesprekspartners op dat het afhangt van de doelstellingen van de overheid, waar het SHM het beste aan kan worden gekoppeld.

In hoofdstuk 7 zal een stappenplan alsmede een synthese van de diverse voorstellen omtrent "ophanging" van het SHM worden gedaan op grond van de totaalanalyse.

Kostenvraagstuk

De volgende voorstellen hebben direct betrekking op kosten.

- Neem een kostenparagraaf op (Exploitatie & Investerings), zodat het ziekenhuis dat overweegt een aanvraag in te dienen meerdere technieken tegen elkaar kan afwegen.
- Nieuwe techniek moet naast zorgeffectief ook kosteneffectief zijn.
- Koppel SHM aan QALY-onderzoek.

Het kostenvraagstuk werd door velen gemist als ingrediënt van het SHM. Men denkt dat het uit oogpunt van het maken van een verstandige afweging van belang is te weten wat de omvang van de te maken investering is voor het apparaat. Het is echter wellicht van meer belang te weten wat de exploitatiegevolgen zijn. Gegevens hieromtrent³³ kunnen worden verstrekt door de industrie, en kunnen betrokken worden in het evaluatie-onderzoek in het kader van OG.

In het evaluatierapport zou hieraan een paragraaf kunnen worden gewijd. Een samenvatting daarvan kan in het SHM worden opgenomen. Deze gegevens kunnen worden geïnterpreteerd door de economische dienst van het ziekenhuis dat op grond van het SHM een aanvraag indient. Het ziekenhuis kan dan een betere afweging maken. Exploitatatiegevolgen blijven uiteraard afhankelijk van de infrastructuur van een ziekenhuis. Een ziekenhuis dat de nieuwe techniek wil aanschaffen, kan aan de hand van deze gegevens zijn eigen berekeningen maken en deze bij zijn afweging gebruiken.

Kosteneffectiviteit is moeilijk in SHM te verwerken, omdat het afhangt van de wensen van het ziekenhuis. In het regionaal overleg kan hieraan aandacht worden besteed. Het is reeds een aantal malen in dit onderzoek naar voren gebracht dat het regionaal overleg de plaats is waar het accent van de onderhandelingen over investering en exploitatie in de komende jaren steeds duidelijker zal komen te liggen. Het is tevens de plaats waar zorgeffectiviteit en kosteneffectiviteit moet worden gewogen.

Het vraagstuk van de kosteneffectiviteit vormt overigens tevens een onderdeel van OG-projecten. De resultaten daarvan kunnen in de discussies worden betrokken. Het kan echter noodzakelijk zijn om na afsluiting van het OG-traject aanvullende MTA-studies te verrichten.

In de afzonderlijke ziekenhuizen, maar ook door zorgverzekeraars dienen deze gegevens vertaald te worden naar de lokale c.q. regionale situatie. Hetzelfde geldt voor QALY-onderzoek. Een aantal gesprekspartners benadrukte dat zij op de boven geschetste manier het streven naar een terugtrekkende overheid en deregulering gestalte willen zien krijgen.

Aanbevelingen

Onder de verbeteringsvoorstellen zitten een aantal aanbevelingen. Deze worden apart gepresenteerd en zullen worden betrokken bij de bijstelling van het model.

- Bouw bij toekenning de verplichting tot samenwerking ter bevordering van de efficiency in en verplicht de ziekenhuizen tot evaluatie.
Dit punt werd vooral door zorgverzekeraars genoemd. Deze aanbeveling is echter in strijd met de in het algemene deel gesignaleerde terughoudendheid op het gebied van samenwerking.

- Bevorder de snelheid van werken door de doorlooptijd van OG-onderzoek variabel te maken.
De ZFR kent voor OG reeds nu variabele doorlooptijden, echter, men werkt er nog niet actief mee.
- Laat een eventuele MTA de snelheid van werken van SHM niet belemmeren, maar zorg tevens dat de resultaten van MTA nog wel kunnen worden geïmplementeerd.
Bij het bekend worden van resultaten van een eventueel verricht MTA-onderzoek dient het SHM daaraan te worden aangepast. Door de jaarlijkse bijstelling is daartoe voldoende gelegenheid.
- Reserveer meer geld voor OG, omdat de rol van OG wordt vergroot door toepassing van het model.
Indien men besluit alle nieuwe technieken te laten evalueren via het OG-circuit, betekent dat dat er meer geld voor OG beschikbaar moet zijn. De in het model opgenomen mogelijkheid om aanvragen voor geld uit andere bronnen eveneens via het OG-circuit te laten beoordelen, werd door een groot aantal gesprekspartners positief gewaardeerd. Hierdoor behoeft door de rijksoverheid niet meer geld voor OG te worden uitgetrokken, terwijl toch wordt tegemoetgekomen aan dit mijns inziens belangrijke punt.
- Betrek provincie meer nadrukkelijk in toekenningsproces.
Dit is eenvoudig te realiseren door ziekenhuizen te verplichten hun aanvragen voor advies voor te leggen aan de provincie, nadat deze in het regionaal overleg zijn besproken. Op deze manier kan optimale afstemming plaatsvinden. Randvoorwaarde daarbij is dat de reactie van de provincie binnen een korte periode moet worden gegeven (1 maand bijvoorbeeld).
- Verplicht ziekenhuizen slechts 80% van de beschikbare capaciteit van de apparatuur te gebruiken en 20% slechts voor calamiteiten aan te wenden. Dit heeft veel lagere kosten tot gevolg.
Bij toetsing van dit voorstel aan andere gesprekspartners blijkt dat, alhoewel reëel, dit punt niet haalbaar is om twee redenen:
 - Wie controleert dat?
 - Hoe wordt het begrip "calamiteit" gedefinieerd?

Daarnaast is men van mening dat controle op efficiënte bedrijfsvoering de taak is van de ziekenhuisdirectie.

- Stel geen nieuwe planningbesluiten in het kader van artikel 18 op, maar werk volgens SHM.
Er werd kritiek geuit op de planningbesluiten die in het kader van artikel 18 werden opgesteld. Men vindt deze niet meer passen in deze tijd. (Te gedetailleerd, maar tegelijkertijd nauwelijks oog hebbend voor verschillen in regionale situaties.) Het SHM zou in de plaats dienen te komen van deze plannen volgens een aantal gesprekspartners.
- Verwerk het patiëntenbelang in het SHM (extra apparaat versus reiskosten).
De problematiek van reiskosten versus extra apparaat kan in een later stadium van spreiding aan de orde komen, wanneer duidelijkheid is verkregen over de meeste mogelijkheden van het apparaat. In een omgeving met een lage bevolkings- en ziekenhuisdichtheid zou men kunnen besluiten tot een mobiel apparaat, indien mogelijk. Dergelijke zaken dienen echter op regionaal niveau aan de orde te komen.

Eindnoten

1. De directies van de AZ'en zijn onlangs omgevormd tot raden van bestuur.
2. De doelen van het veldonderzoek zijn afgeleid uit de probleemstelling en de daaruit afgeleide onderzoeksvragen. De probleemstelling luidt:
Is het mogelijk een eenvoudig hulpmiddel te ontwerpen ter toetsing van aanvragen van algemene ziekenhuizen voor HTT, teneinde tot een betere spreiding van dergelijke apparatuur in Nederland te komen?
De drie op het veldonderzoek betrekking hebbende onderzoeksvragen geven samenvattend aan dat er moet worden nagegaan of er op macro-, meso- en microniveau voldoende draagvlak aanwezig is voor het spreidingshulpmiddel (hoofdstuk 2). Het theoretisch kader en de literatuurstudie hebben een aantal vragen opgeworpen, die eveneens in de doelen van het veldonderzoek zijn betrokken.
3. Met de wijziging van de WZV/WWO zijn de AZ'en overgegaan naar WVC. Deze wijziging moet nog door de Eerste Kamer worden goedgekeurd. In de praktijk werkt men echter al zo. O&W zal uiteraard invloed blijven uitoefenen op het onderzoeks- en onderwijsbeleid van de AZ'en. Onder ander door het leveren van een bijdrage aan het beleidsplan OG.
4. Met name door middel van budgetuitbreidingen.
5. Gesprekspartners uit de categorieën: medisch specialisten en ziekenhuisdirecties.
6. Voor een overzicht van de ziekenhuizen en ziekenfondsen in deze regio wordt verwezen naar hoofdstuk 8.
7. Beide regio's zijn qua verzorgingsgebied, patiëntenpopulatie en ziekenhuisdichtheid redelijk vergelijkbaar. Bovendien beschikken zij geen van beide over een AZ in hun regio.
8. Voor gegevens met betrekking tot ziekenhuizen en ziekenfondsen in deze regio wordt verwezen naar hoofdstuk 8.
9. De redenen tot weigering waren:

• Te druk met andere bezigheden	2 personen
• Geen interesse voor dit soort onderzoeken	1 persoon
• Weigering tot verwijzing naar een ander binnen de instelling	1 persoon
• Recent uit dienst getreden en geen adequate vervanger	1 personen
10. Alwaar op een informele manier veel informatie wordt verzameld.
11. De periodiek verschijnende Graadmeter wordt in dat opzicht gewaardeerd.

12. Hier is het vraagstuk in een bredere context geplaatst. Er is gesproken over nieuwe ontwikkelingen in het algemeen en KMT in het bijzonder.
13. Empire building door de directie.
14. Met de overheid wordt zowel provinciale overheid, rijks- als gemeentelijke overheid bedoeld inclusief de adviesorganen.
15. Zie ook de CT-spreidingscasus.
16. Planningbesluit Radiotherapie. Tijdens de onderhandelingen is toch duidelijk geworden dat capaciteitsuitbreiding binnen die ene locatie meer van hand lag.
17. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren.
18. Gedoeld wordt op de totale zorg rondom de patiënt.
19. Sommige AZ'en verrichten studies naar de exploitatiegevolgen van nieuwe apparatuur. Men interpreteert deze gegevens en vertaalt deze naar de eigen situatie. Deze methode kost betrekkelijk weinig geld en is bovendien snel te realiseren.
20. Exploitatie Verlagende Initiatieven.
21. Zie in dit verband ook passage over financieringsbronnen, zoals besproken in subparagraaf 6.5.1.
22. Toepassing van expertise en lording-systeem is hier zichtbaar.
23. Zie in dit verband ook het rapport-Fortuyn 1991.
24. Zie onder bespreking artikel 18 (4.4.4).
25. Uiteraard op termijn, omdat er eerst een gewenningsperiode aan de nieuwe techniek noodzakelijk is.
26. Deze kostenverdeling hangt nauw samen met de gelijkberechtiging van patiënten.
27. Hierbij werd in de gesprekken gerefereerd aan de affaire Buck, waarin de publieke opinie een toonaangevende rol heeft gespeeld.
28. Commissie-Dunning.
29. Dit sluit aan op hetgeen in de vorige paragraaf is gesteld over het kunnen optreden als volwaardige derde partij.
30. De reden voor de relatief hoge subsidiëring van activiteiten die onder artikel 18 vielen had volgens het COTG te maken met het feit dat men uitging van de GR gegevens. Daardoor baseerde men zich op verouderde gegevens die vaak een te hoge subsidie tot gevolg hadden. Bij de bespreking van het algemene deel is besproken dat

COTG, CvZ en ZFR zich voornamelijk baseren op GR-adviezen, omdat men eenvoudig niet de personele capaciteit heeft om de gegevens up-to-date te maken c.q. te houden. De GR heeft zijn beleid er nu op gericht om adviezen zoveel mogelijk actueel te houden door regelmatige herziening.

31. Substitutievraagstukken kunnen dan op reële gronden worden behandeld. Namelijk de techniek die kan worden gesubstitueerd, kan gecontroleerd worden afgebouwd.
32. De praktijk heeft uitgewezen dat eenmaal opgerichte organen niet gemakkelijk worden ontbonden.
33. Gegevens als kosten per patiënt en welke kostenposten worden door de KMT beïnvloed.

Hoofdstuk 7

BESCHOUWING

7.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal de in de voorgaande hoofdstukken vergaarde informatie integraal worden beschouwd. De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt:

- 7.2 Beschouwing van de aanpak van de KMT-acquisitie in AZ'en en algemene ziekenhuizen.
- 7.3 Bijstelling van het model SHM.
- 7.4 Conclusies.
- 7.5 Suggesties voor verder onderzoek.

7.2 BESCHOUWING VAN DE AANPAK VAN DE KMT-ACQUISITIE IN AZ'EN EN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Het veldonderzoek is zodanig opgezet dat het mogelijk is om de aanpak van AZ'en en algemene ziekenhuizen met elkaar te vergelijken.

In het algemeen is geconstateerd dat ontwikkelingen op het gebied van Kostbare Medische Technologie (KMT) zowel in de academische als in de algemene ziekenhuizen op de voet worden gevolgd. De beweegredenen zijn echter verschillend.

AZ'en leggen het accent op de wetenschappelijke aspecten van de KMT en de mogelijkheden om hierdoor een groter aanzien in de academische wereld te verkrijgen.

In de periferie staat de mogelijkheid van concurrentiewinst door vergroting van het prestige c.q. imago van het ziekenhuis in de regio op de voorgrond.

Spreading van KMT achten beide in principe noodzakelijk om kostenverhogingen te voorkomen. Men is echter vrijwel unaniem in zijn negatieve oordeel over de regulering van KMT door middel van artikel 18 WZV. De reeds eerder gemaakte negatieve opmerkingen over snelheid, betrouwbaarheid en helderheid van de regelgeving worden daarbij naar voren gebracht. Tevens mist men een aansluiting op de inhoudelijke kant van de KMT.

In de algemene ziekenhuizen is ontwikkelingsgeneeskunde nog vrijwel onbekend, evenals MTA-onderzoek. Men ziet dit als behorend tot de academische ziekenhuizen, waarbij gewezen wordt op de verschillen in cultuur tussen AZ'en en de periferie. (Accent op onderzoek respectievelijk topzorg versus accent op routine patiëntenzorg¹.)

Wat eveneens opvalt is de uiterst geringe bereidheid tot samenwerking met andere ziekenhuizen in de regio. Dit houdt sterk verband met de eerder gemaakte constatering over concurrentie. Slechts de algemene ziekenhuizen in de regio Dordrecht hebben duidelijke afspraken gemaakt hoe men in het vervolg met samenwerking wenst om te gaan.

De AZ'en zijn wel bereid tot samenwerking op minder belangrijke technologie, maar niet op het gebied van KMT². Men heeft liever dat de algemene ziekenhuizen hun patiënten insturen, omdat men dan kan beschikken over een grotere onderzoekspopulatie, wat het wetenschappelijk onderzoek ten goede komt.

De stichtingen samenwerkende ziekenhuizen en de daarbijbehorende interstafraden hebben in de meeste gevallen een symbolische functie. In de regio Dordrecht is er sinds kort wel sprake van een actieve stichting. Deze stichting is weer actief geworden ten tijde van de fusie respectievelijk saneringsdiscussies. In dergelijke stichtingen houdt men elkaar op de hoogte.

Men besteedt echter onevenredig veel tijd aan procedurekwesties, waardoor de slagkracht van dergelijke stichtingen in het merendeel van de gevallen gering is.

Wat opvalt, is dat zowel in AZ'en als in algemene ziekenhuizen de verpleging en de ondersteunende diensten pas in een laat stadium bij de discussies worden betrokken. In sommige algemene ziekenhuizen pas in een stadium dat het leveren van goed onderbouwde bijdrage nauwelijks mogelijk is. Als reden daarvoor wordt aangegeven dat dergelijke discussies in een vroeg stadium leiden tot vertraging.

Ik heb echter geconstateerd dat sommige medici en ziekenhuisdirecties twijfelen aan de positieve bijdrage van deze categorie personeelsleden rond vraagstukken als:

- Dagelijkse bediening.
- Patiëntvriendelijkheid.
- Logistieke infrastructuur.
- Ergonomische aspecten.

In de AZ'en wordt frequent gebruikgemaakt van medische profielen, beleidsplannen, zwaartepunten, nota's etc. In de periferie komt dit proces net op gang. Er is derhalve een duidelijk faseverschil te constateren.

Als conclusie kan worden getrokken dat KMT'en zowel voor AZ'en als voor algemene ziekenhuizen van belang zijn, maar om een verschillende reden. Bij AZ'en is de wetenschappelijke benadering van het probleem van belang en bij algemene ziekenhuizen ligt juist het accent op prestige en imagovergroting.

Samenvattend geef ik in het hiernavolgende schema de gesignaleerde verschillen en overeenkomsten nog eens aan.

Directies

Overeenkomsten

- Worden vooral door de medische staf op de hoogte gesteld van nieuwe ontwikkelingen.
- Besteden in meer of mindere mate aandacht aan de financiële consequenties van aanschaf van een KMT.
- Houden over het algemeen samenwerkingsverbanden af in verband met het prestigeverlies voor de eigen instelling.
- Zijn unaniem van mening dat de overheid traag en onvoldoende deskundig is.
- Streven een harmoniemodel na met hun medische staf.
- Zijn zich terdege bewust van de macht van de medische staf.
- Criteria op grond waarvan adhesie wordt betuigd aan een nieuwe techniek zijn over het algemeen niet expliciet.

Verschillen

Academisch ziekenhuis t.o.v. algemeen ziekenhuis

- Stuurt sterk op basis van beleidsplannen of aanzetten daartoe.
- Speelt een belangrijke rol bij ontwikkelingsgeneeskunde en dus in het introductietraject van KMT.
- Stichtingen samenwerkende ziekenhuizen worden als cosmetisch gekenschetst en worden nauwelijks serieus genomen.
- Werken actief mee aan MTA-onderzoek.

- Zijn verder in het decentraliseren van bestuur door middel van bijvoorbeeld divisiestructuren.
- Willen dat de overheid stuurt op basis van beleidsplannen en niet de rol van de directie gaat overnemen.

Algemeen ziekenhuis t.o.v. academisch ziekenhuis

- Hechten veel waarde aan activiteiten van NVZD (Schweizer-cursus) en werkzaamheden van het NZI (werkgroepen jonge directeuren).
- Stichtingen samenwerkende ziekenhuizen worden wisselend geapprecieerd.
- Concurrentieoverwegingen spelen een grote rol.
- Ontwikkelingsgeneeskunde is nauwelijks bekend.
- In sommige gevallen is invloed van het bestuur van de instelling op dagelijkse gang van zaken waar te nemen.

Medici

Overeenkomsten

- Positief over de wijze van samenwerking met de directie.
- Laten het lobbywerk voor het overgrote deel over aan de directie.
- Willen liefst zo snel mogelijk de beschikking krijgen over de nieuwe KMT.
- Bespreking nieuwe ontwikkelingen eerst in eigen vakgroep of maatschap.
- In eerste instantie worden vertegenwoordigers van verpleging of ondersteunende diensten niet bij de beschouwingen betrokken.

Verschillen

Academisch ziekenhuis t.o.v. algemeen ziekenhuis

- Meer wetenschappelijk geïnteresseerd.
- Verpleging en ondersteunende diensten worden wel bij de discussies betrokken en over het algemeen als volwaardige gesprekspartners beschouwd.
- Doen veel van hun informatie op tijdens congressen.
- Zijn meer op de politiek georiënteerd.

Algemeen ziekenhuis t.o.v. academisch ziekenhuis

- Hebben vaak beter functionerende en breed samengestelde investeringscommissies, echter, verpleging en ondersteunende diensten vervullen nog frequent een bijrol.
- Doen veel van hun informatie op bij besprekingen in hun wetenschappelijke verenigingen.
- Vinden prestigewinst voor hun ziekenhuis zeer belangrijk.

7.3 BIJSTELLING VAN HET MODEL SHM

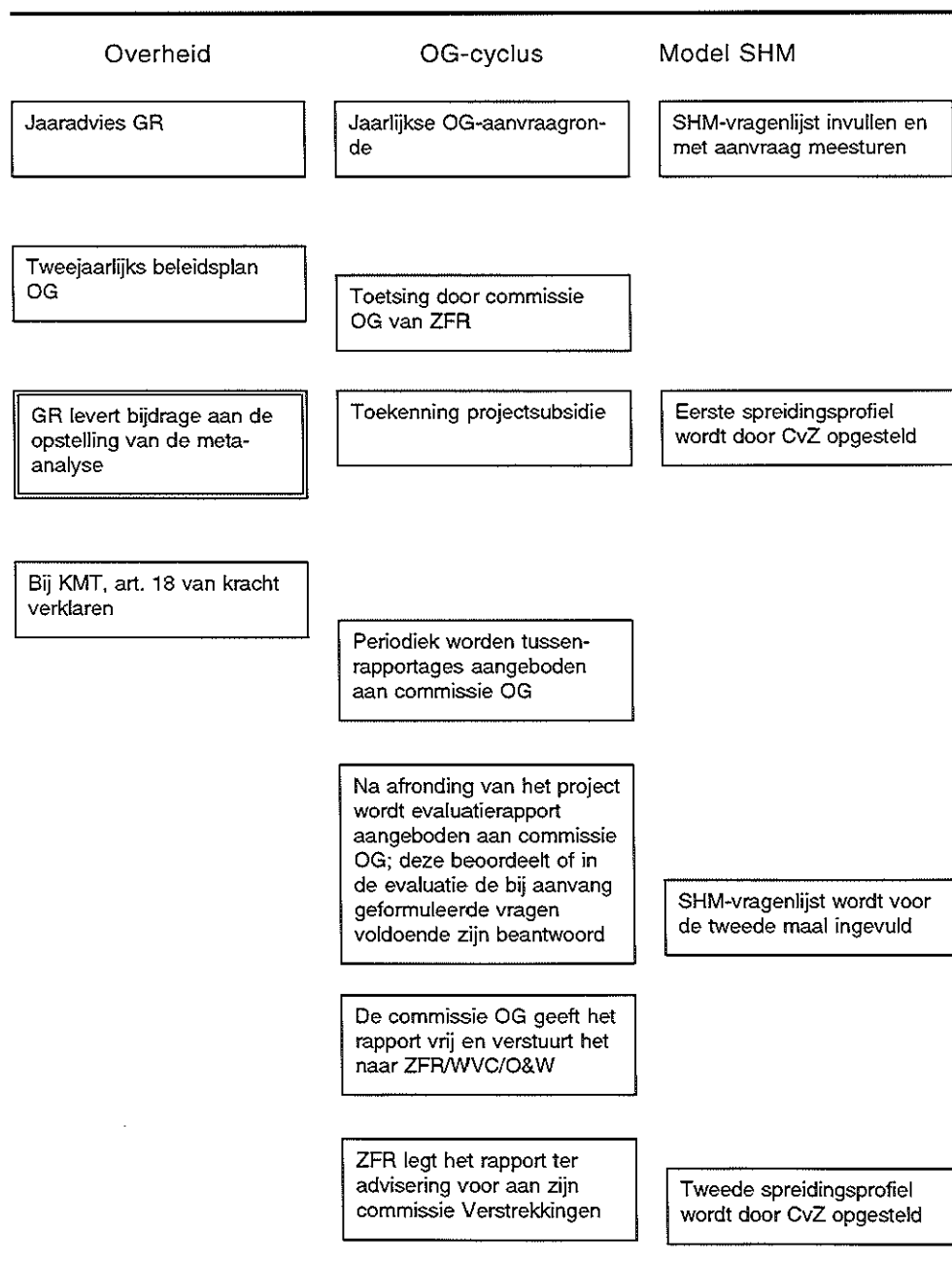
In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten van de discussies aangaande het model SHM weergegeven. In deze paragraaf verwerk ik de aldaar naar voren gebrachte punten tot een model dat op enig draagvlak kan rekenen.

Ik bespreek de wijzigingen in de SHM-vragenlijst en in het spreidingsprofiel door deze aan te geven in de in hoofdstuk 5 gepresenteerde teksten³. De wijzigingen worden door middel van toepassing van vetdruk aangegeven. De wijzigingen in de procedure geef ik weer in figuur 18. Als uitgangspunt voor het samenstellen van deze figuur is figuur 16 gebruikt. De wijzigingen zijn weergegeven door de desbetreffende kaders dubbel uit te voeren.

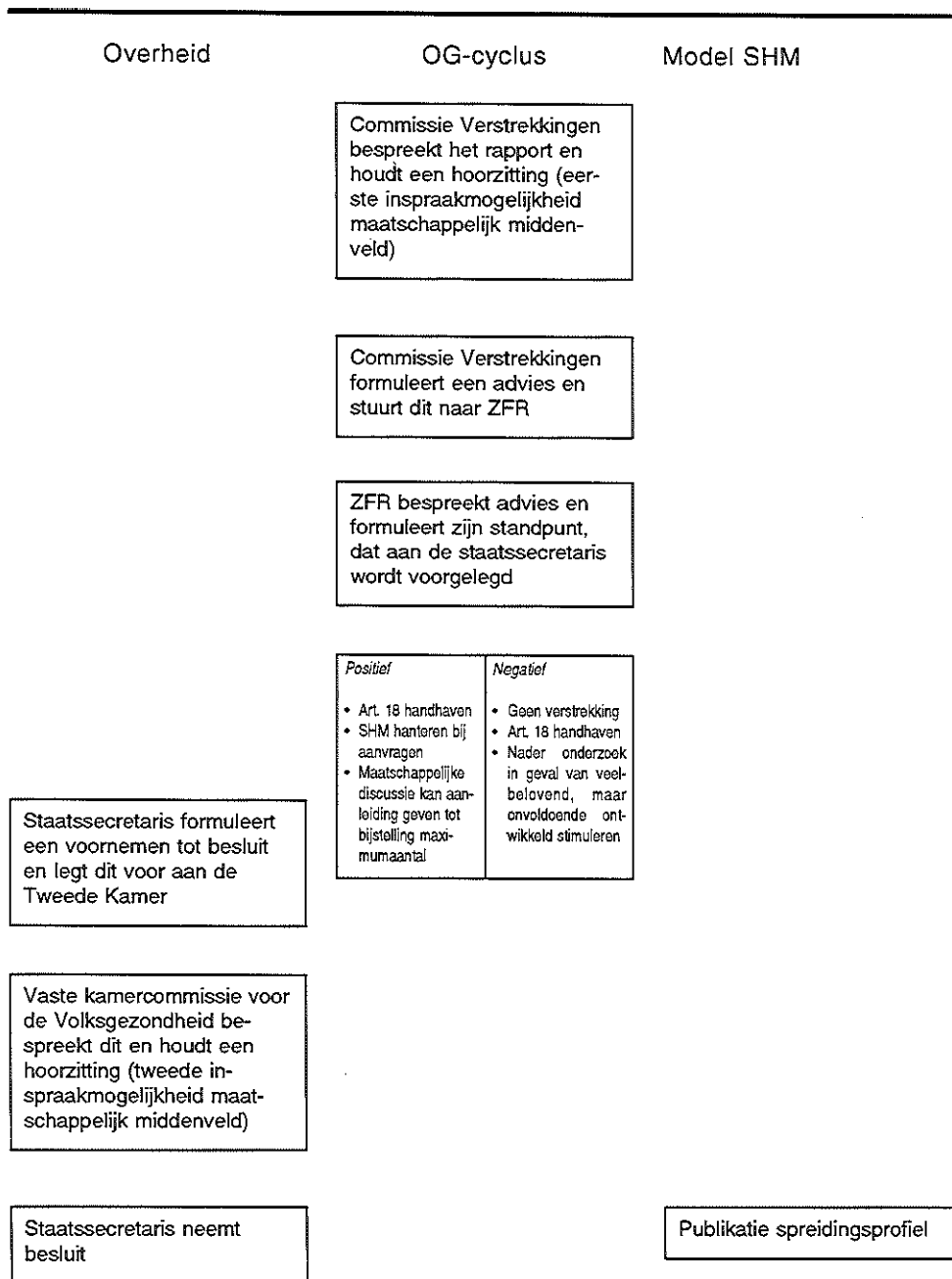
Een aantal suggesties heb ik niet overgenomen. In het hiernavolgende geef ik deze aan, waarbij ik tevens toelicht waarom ik die suggesties niet heb overgenomen.

- Stel criteria op waaraan de centra die evaluatieonderzoek mogen uitvoeren, moeten voldoen:
Dit acht ik een taak voor de commissie OG van ZFR/NWO.
- Laat meta-analyse en ingevulde vragenlijst door een tweede deskundige beoordelen:
De toegevoegde waarde hiervan acht ik gering. Bij het invullen van de vragenlijst moet de onderzoeksgroep de bronnen waarop men de beweringen baseert door middel van referentie aangeven. Hierdoor wordt het geheel verifieerbaar. De GR speelt een rol in het aanleveren van de in de meta-analyse te betrekken literatuur, waardoor een tweede controlemogelijkheid bestaat. Het weglaten van bepaalde negatieve referenties wordt op die manier kleiner⁴.

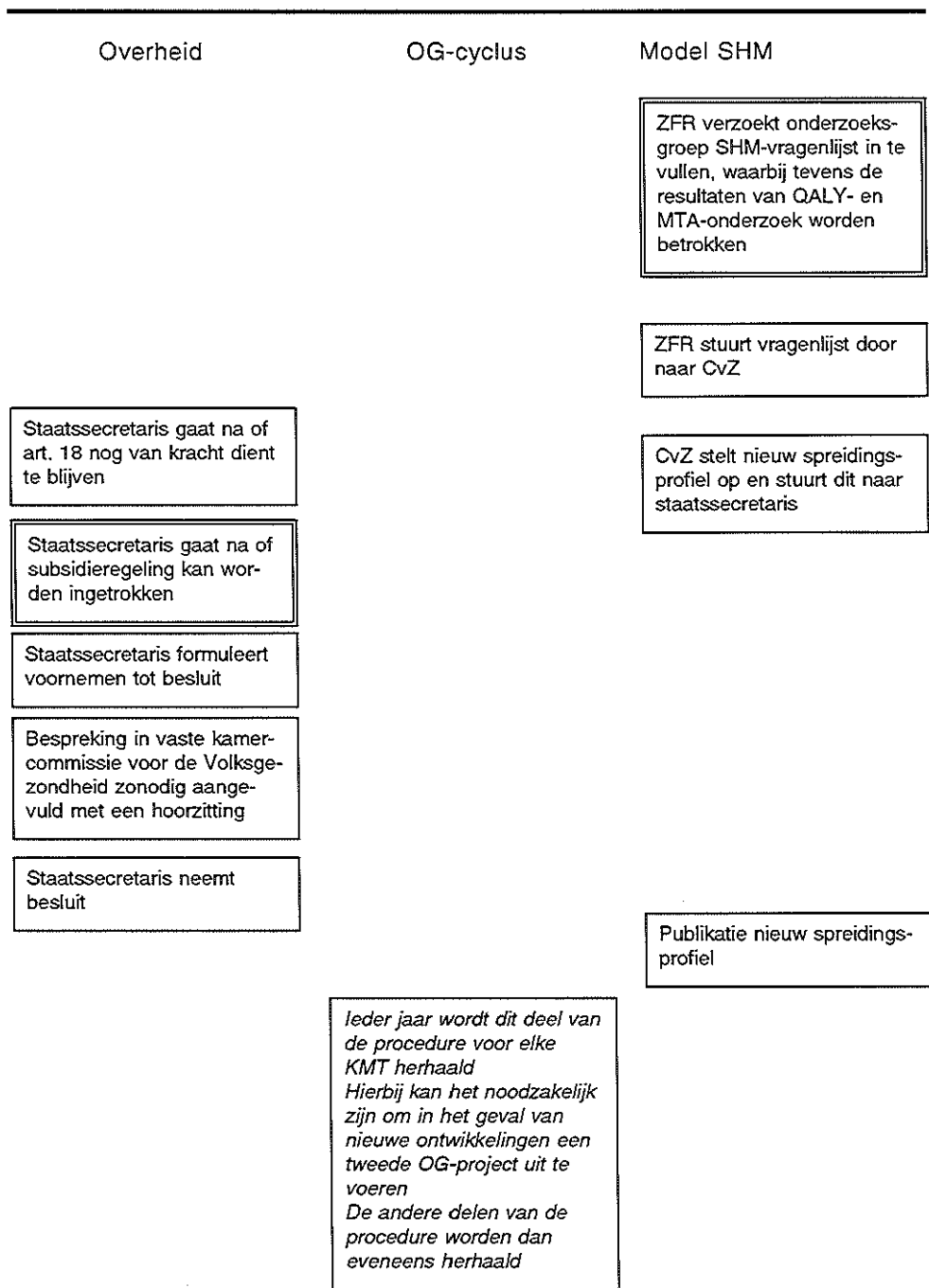
- Maak gebruik van consensusbesprekingen met betrekking tot indicatiestellingen:
Consensusbesprekingen hebben bij KMT in een vroeg stadium weinig toegevoegde waarde, omdat de mogelijkheden van de KMT nog niet volledig zijn verkend. Consensusbesprekingen hebben pas zin in een meer geconsolideerd stadium van ontwikkeling. Alle gebruikers van de KMT krijgen echter wel de plicht bijdragen te leveren aan de ontwikkeling van behandelprotocollen.
- Verwerk wachtlijstproblematiek in SHM:
Voor een nieuwe KMT kan nog geen wachtlijst zijn. Het gaat dan om wachtlijsten bij behandelingen die mogelijk kunnen worden vervangen door de KMT. Het SHM gaat uit van de patiëntenpopulatie; hierdoor wordt een zodanige capaciteit berekend dat alle patiënten uit de respectievelijke doelgroepen gebruik kunnen maken van de KMT. Een andere overweging is dat de wachtlijstproblematiek thuishoort in de maatschappelijke discussie.
- Verplicht ziekenhuizen 80% van de beschikbare capaciteit van de apparatuur te gebruiken zodat 20% buffer ontstaat. Dit heeft lagere kosten tot gevolg:
Dit is mijns inziens een verantwoordelijkheid van de ziekenhuisdirectie en niet van de overheid.
- Stel een onafhankelijk SHM-bewakingsorgaan in (CvZ, IPO, GR, ZFR, NZR):
Ik acht het onjuist om voor deze aanpak een nieuw orgaan op te richten. Ik heb getracht het SHM onder te brengen bij bestaande organen die daar mijns inziens naar taak en functie het meest voor zijn geëquipeerd.
- Koppel SHM aan QALY-onderzoek:
Ik heb gekozen om het SHM noch aan QALY- noch aan MTA-onderzoek te koppelen. De resultaten van dergelijk onderzoek kunnen uiteraard in de jaarlijkse bijstellingsronde in het SHM worden verwerkt. Voorkomen dient echter te worden dat de opstelling van het SHM moet wachten op de resultaten van eerdergenoemd onderzoek. Dit doet afbreuk aan het element snelheid.



Figuur 18: SHM-procedure in schema (1).



Figuur 18: SHM-procedure in schema (2).



Figuur 18: SHM-procedure in schema (3).

De problematiek rond samenwerking verdient aparte aandacht. Uit het veldonderzoek blijkt dat samenwerking op het gebied van KMT terughoudend wordt benaderd. Uit kostenoverwegingen dient samenwerking echter te worden gestimuleerd. Samenwerking kan door de commissie OG worden geëntameerd en zelfs als voorwaarde voor subsidiëring worden gesteld. De verhoudingen tussen de samenwerkende partners dienen te worden vastgelegd alsmede de activiteiten die in het kader van het OG-project door elk van de partners zal worden uitgevoerd. Het kan daarbij mogelijk zijn dat één groep het onderzoek uitvoert, waarbij de andere groep een klankbordfunctie heeft. Ook binnen samenwerkingsprojecten is het mogelijk het imago van het ziekenhuis te versterken.

Bijgestelde SHM-vragenlijst

De items die zijn bijgesteld op basis van de resultaten van het veldonderzoek zijn cursief gedrukt. De vragenlijst uit hoofdstuk 5 is als basis gebruikt.

Uitgangspunt bij het opstellen van de vragenlijst is dat de medische professie reeds in een vroeg stadium informatie geeft die van belang kan zijn voor een eventuele verspreiding van de KMT op grotere schaal en bij deze problematiek wordt betrokken.

Alvorens de vragenlijst in te vullen wordt een meta-analyse uitgevoerd. *De GR speelt daarbij een actieve en belangrijke rol. Deze heeft goed inzicht in de ontwikkelingen en heeft toegang tot de grote databanken. Op grond daarvan maakt de GR per KMT in ontwikkeling een uitdraai van relevante literatuur. Het is voorstelbaar dat de GR van sommige in ontwikkeling zijnde KMT zelf een meta-analyse uitvoert in het kader van de opstelling van zijn jaaradviezen. De aanvragers kunnen gebruikmaken van deze informatie, waardoor het opstellen van een meta-analyse wordt bespoedigd.*

Vervolgens kan de vragenlijst worden beantwoord. De vragenlijst dient in eerste instantie te worden ingevuld door het team van specialisten dat bij de introductiefase van de techniek is betrokken. Teneinde een breder draagvlak te verkrijgen, verdient het aanbeveling dat de betrokken specialisten de vragenlijst tevens aan de orde stellen in hun beroepsvereniging.

Een dergelijke aanpak kan tot gevolg hebben dat er in een vroeg stadium initiatieven worden ontwikkeld om tot samenwerking te komen. De keerzijde is dat het bespreken van dergelijke projecten bedreigend kan zijn voor de onderzoeksgroep. Daarnaast of in de plaats daarvan kan het noodzakelijk zijn om buitenlandse experts te raadplegen⁵.

De vragenlijst bestaat uit de volgende vragen:

- *Welke kennis en kunde dient een medisch specialist in het desbetreffende vakgebied te bezitten om de techniek te kunnen toepassen?*
- *Wat is naar schatting het minimaal aantal verrichtingen dat een specialist met de KMT moet uitvoeren om zijn vaardigheid te behouden?*
- Welke infrastructuur dient in het ziekenhuis aanwezig te zijn om de techniek optimaal te kunnen toepassen?
 - Medisch specialisten (klinische omgeving).
 - Gespecialiseerde verpleegkundigen.
 - Technici.
 - Apparatuur.
 - Locatie.
- Welke infrastructuur dient in de omgeving van het ziekenhuis voorhanden te zijn om de techniek optimaal te kunnen uitvoeren?
 - Medisch specialisten.
 - Apparatuur.
 - Technici.
- Bij welke indicaties kan uit hetzij diagnostisch, hetzij therapeutisch oogpunt de techniek nuttig worden toegepast?
- Gemiddeld hoeveel maal moet een patiënt met een gedefinieerde indicatie aan een procedure met de KMT onderworpen worden?
- Uit welke leeftijdsgroepen zullen de meeste patiënten naar verwachting afkomstig zijn?

- Welke technieken kunnen op langere termijn door deze techniek worden gesubstitueerd?
- Wat zijn de globale investerings- en exploitatiegevolgen bij aanschaf van de techniek?

De vragenlijst is voor iedere KMT identiek, waardoor het mogelijk wordt verschillende KMT'en met elkaar te vergelijken.

Bij iedere toepassing van de vragenlijst dient telkens te worden nagegaan of er nog nieuwe elementen in de meta-analyse moeten worden betrokken. Daarnaast dienen eveneens steeds alle vragen te worden beantwoord.

Bijgesteld spreidingsprofiel

De vragenlijst wordt gebruikt als basis voor de opstelling van het spreidingsprofiel. Daarnaast worden gegevens uit de SIG- respectievelijk CBS-databestanden gebruikt. Voor deze aanpak is gekozen om discussies over de juistheid van informatie zoveel mogelijk te beperken. De SIG- en CBS-informatie behoren tot de categorie geaccepteerde informatie. Het spreidingsprofiel is het tweede onderdeel van het SHM en ziet er als volgt uit:

- a. Produktie-interval
- b. Herhalingsfactor
- c. Minimaal aantal verrichtingen per medisch specialist
- d. Patiëntendoelgroepen
- e. Procentuele leeftijdsverdeling
- f. Potentiële populatie
- g. Noodzakelijke ziekenhuisinfrastructuur
- h. Globale investerings- en exploitatiegevolgen
- i. Specialismen die in de directe nabijheid moeten zijn en de eisen die aan hen qua opleiding dienen te worden gesteld
- j. Specialismen, technici en apparatuur die wel noodzakelijk zijn, echter niet perse in de instelling zelf aanwezig hoeven te zijn
- k. Maximaal aantal plaatsen waar de nieuwe techniek mag worden geïntroduceerd.

Instellingen die in een vroeg stadium van verspreiding van de techniek de beschikking krijgen over de KMT zijn verplicht bijdragen te leveren aan de opleiding van collega's in de bediening van de apparatuur.

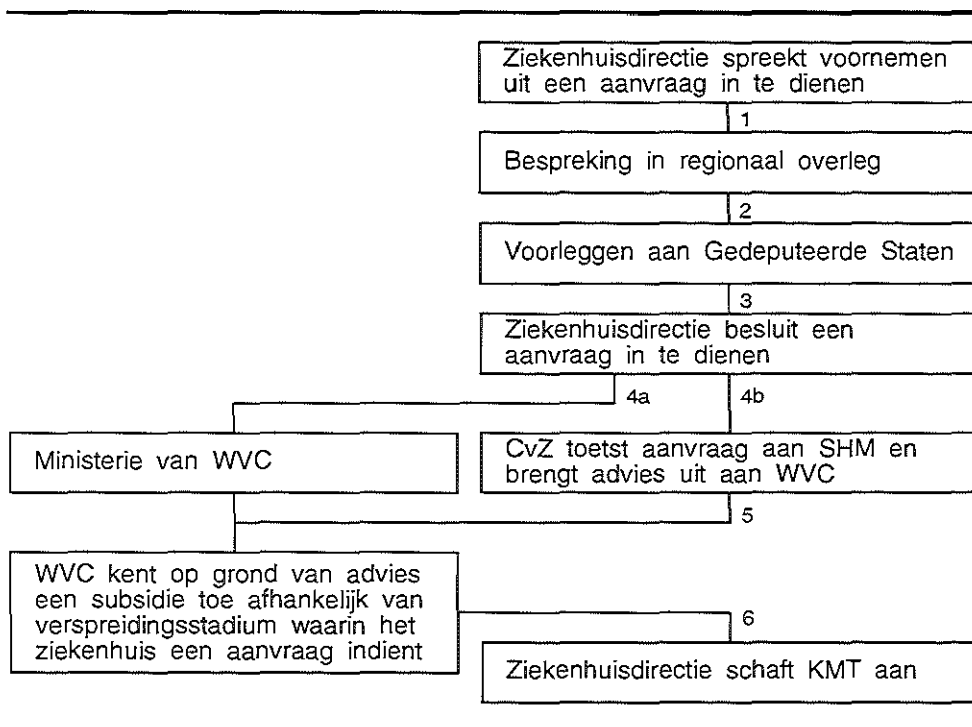
Tevens dienen zij bijdragen te leveren voor het opstellen van behandelprotocollen.

In figuur 18 wordt de bijgestelde SHM-procedure in schema weergegeven.

De aanvraagprocedure

In de gesprekken is aandacht besteed aan het vervolg van de SHM-procedure. In het model is dit niet verder meegenomen, omdat het strikt genomen geen onderdeel is van het model.

De suggesties voor verbetering van het SHM die in hoofdstuk 6 zijn weergegeven, hebben voor een deel betrekking op de aanvraagprocedure na publikatie van het spreidingsprofiel. In figuur 19 wordt de aanvraagprocedure weergegeven.



Figuur 19: **KMT-aanvraagprocedure.**

Toelichting op figuur 19.

Het regionaal overleg met de zorgverzekeraars vormt de eerste stap, nadat de ziekenhuisdirectie intern tot overeenstemming is gekomen. In het regionaal overleg wordt de aanvraag besproken. Het SHM kan in die discussie als leidraad worden toegepast.

In stap twee stuurt de directie de concept-aanvraag - waarin de uitkomsten van het regionaal overleg zijn verwerkt - naar Gedeputeerde Staten van de desbetreffende provincie. Deze toetsen het binnen 1 maand aan hun beleidsplannen en geven een advies aan de ziekenhuisdirectie. Vervolgens stelt de ziekenhuisdirectie een definitieve aanvraag op en stuurt deze zowel naar het ministerie als naar het CvZ. Het CvZ toetst de aanvraag aan het SHM en brengt advies uit aan het ministerie. Het ministerie keurt de aanvraag goed en verstrekt, indien daar in verband met de eerder besproken subsidiestratificatie recht op bestaat, een start-subsidie.

Het ministerie deelt dit vervolgens het ziekenhuis mede.

Mijns inziens is het mogelijk om de uitvoering van de aanvraagprocedure geheel over te laten aan het CvZ, mits er met het ministerie duidelijke functioneringskaders worden afgesproken. Ieder jaar worden deze kaders bij de aanpassing van het SHM opnieuw beoordeeld op hun geldigheid.

Ik plaats het CvZ in deze rol, omdat in de gesprekken frequent naar voren is gebracht dat men het CvZ een terzake kundig, onafhankelijk, efficiënt en zakelijk opererend adviesorgaan vindt.

Een dergelijke ontwikkeling past in het beleid met betrekking tot de terugtrekkende overheid.

7.4 CONCLUSIES

De belangrijkste conclusies van dit onderzoek zijn:

- Er is een tendens waar te nemen naar het verwerken van meer rationele elementen in de besluitvormingsprocedures binnen ziekenhuizen.
- De in ziekenhuizen werkzame, medische specialisten zijn zich in toenemende mate bewust van de problemen waarvoor de ziekenhuisdirecties staan. Zij zijn tevens bereid samen met de directie te trachten deze problemen het hoofd te bieden.
- De overheid wordt gedefinieerd als een traag orgaan dat een te grote mate van gedetailleerdheid op het gebied van spreiding voorstaat.
- Engeland, Zweden en de VS kampen op het gebied van spreiding van KMT met vergelijkbare problemen.
- De drie beschouwde spreidingscases kennen alle een totaal verschillende aanpak, echter, de uitkomsten zijn vergelijkbaar: overcapaciteit door "me too"-aankopen.
- De macht van de medici op het gebied van introductie en spreiding van KMT is groot.

- Het regionaal overleg wordt een goed overlegplatform gevonden, omdat het de regionale situatie kent. Men verwacht dat er daardoor meer rekening kan worden gehouden met de regionale problematiek.
- De industrie is een voorstander van een helder spreidingsbeleid, omdat voor hen duidelijkheid in omvang van de potentiële markt van veel belang is.
- De scheiding in een inhoudelijke en maatschappelijke benadering door middel van OG, respectievelijk maatschappelijk forum wordt door partijen als logisch en werkbaar gekenschetst.
- Concurrentie- c.q. prestigeaspecten spelen met name in de algemene ziekenhuizen een grote rol.

De eindconclusie van dit onderzoek is:

- Het blijkt mogelijk te zijn een eenvoudig spreidingshulpmiddel op te stellen dat op voldoende draagvlak kan rekenen en dat tevens voldoet aan de randvoorwaarden van zorgvuldigheid, snelheid, eenvoud, betrokkenheid en actualiteit.

7.5 AANBEVELINGEN

Naar aanleiding van dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Het verdient aanbeveling om het model in de praktijk toe te passen op een KMT.
- Het model sluit aan op de bestaande regelgeving. Het is echter met enige wijzigingen in te passen in het nieuwe zorgstelsel.
- Het verdient aanbeveling om in het licht van het wegvallen van de Europese binnengrenzen na te gaan in hoeverre dit model aansluit bij de Europese regelgeving (Ter Kuile, 1990,417).
- Het verdient aanbeveling na te gaan op welke wijze er joint venture financiering van OG-onderzoek mogelijk is. Dit houdt in dat een gedeelte van het OG-onderzoek wordt gefinancierd uit hoofde van Ontwikkelingsgeneeskunde en een gedeelte uit andere bron.
- Het model is eveneens toepasbaar op andere activiteiten binnen de gezondheidszorg. Daarnaast kan het door afzonderlijke instellingen gebruikt worden als "zelfdiagnosticum". Het is een hulpmiddel om snel rationele informatie te vergaren die kan bijdragen aan het besluitvormingsproces.
- Het verdient aanbeveling de hier gepresenteerde subsidiestratificatie op meerdere terreinen binnen en buiten de gezondheidszorg toe te passen.

Eindnoten

1. Uiteraard heeft ieder algemeen ziekenhuis haar "paradepaardje" op het gebied van de patiëntenzorg, waarmee men ten opzichte van anderen tracht te concurreren.
2. Hierbij kan een rol spelen dat algemene ziekenhuizen arbeidsintensieve patiënten soms overplaatsen naar AZ'en. De beeldvorming over elkaar is verre van rooskleurig.
3. Om de leesbaarheid te vergroten zijn de overwegingen weggelaten en heb ik mij beperkt tot de hoofdtteksten. Daarnaast heb ik gedeelten samengevat, zonder de essentie aan te tasten.
4. Uit persoonlijke mededelingen heb ik helaas begrepen dat in projectvoorstellen soms een te rooskleurig beeld wordt gegeven, doordat bepaalde artikelen worden weggelaten.
5. Met name bij technieken waar geen fundamentele research in Nederland is verricht.

Hoofdstuk 8

BIJLAGEN

8.1 IN HET VELDONDERZOEK BETROKKEN ORGANISATIES

Academische ziekenhuizen¹

Academisch Ziekenhuis Groningen	1061	bedden
St. Radboud ziekenhuis	916	bedden
Academisch ziekenhuis Utrecht	857	bedden
Academisch Medisch Centrum	984	bedden
Academische ziekenhuis VU	742	bedden
Academisch ziekenhuis Leiden	875	bedden
Academisch ziekenhuis Rotterdam	1000	bedden
Academisch ziekenhuis Maastricht	697	bedden

Representatief ziekenfonds:

Ziekenfonds Amsterdam en omstreken.

Perifere ziekenhuizen en ziekenfondsen¹

Regio Dordrecht

Ziekenhuizen:

Merwede ziekenhuis	(Dordrecht)	661	bedden
Diakonessenhuis Refaja	(Dordrecht)	472	bedden
St.Jacobsstichting	(Dordrecht)	240	bedden
Beatrixziekenhuis	(Gorinchem)	385	bedden

Ziekenfondsen:

Ziekenfonds Gorinchem en Omstreken.

Regionaal Ziekenfonds Drechtstreek.

Regio Stedendriehoek

Ziekenhuizen:

Ziekenhuis Centrum Apeldoorn	864 bedden
Stichting Deventer Ziekenhuizen	690 bedden
Streekziekenhuis Het Nieuwe Spitaal	342 bedden

Ziekenfondsen:

Regionaal ziekenfonds Salland.
Ziekenfonds A.N.O.Z.
Ziekenfonds Apeldoorn en omstreken.

Representatieve particuliere ziektekostenverzekeraar

Zilveren Kruis Ziektekosten.

Ministeries

Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC).
Onderwijs en Wetenschappen (O&W).

Adviesorganen

Gezondheidsraad (GR).
Ziekenfondsraad (ZFR).
College van Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ).
Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

Industrie

Toshiba Medical Systems.
Philips Medical Systems.
Siemens Medische Techniek.

Provincies²

Provinciehuis Gelderland.
Provinciehuis Zuid-Holland.

Patiënten/Consumenten

Consumentenbond.

Landelijk Patiënten Consumenten Platform.

De motivatie van de keuze van de regio Dordrecht en de regio Steden-driehoek is dat beide regio's qua opgestelde ziekenhuiscapaciteit vergelijkbaar zijn, alsmede dat zij geen van beide een academisch ziekenhuis in hun regio huisvesten. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen, is eveneens gekozen voor een randstedelijke regio en een regio die expliciet buiten de randstad is gelegen.

8.2 BENADERING GESPREKSPARTNERS

Iedere gesprekspartner werd allereerst schriftelijk benaderd door middel van brief A.

Vervolgens werden zij binnen twee weken na verzending van brief A telefonisch benaderd voor een afspraak.

De afspraak werd gemaakt en bevestigd. Met de bevestigingsbrief werd een samenvatting van een model van een spreidingshulpmiddel meege-stuurd (zie 8.2.2.). De gesprekspartners werd gevraagd deze samenvatting voor het gesprek door te lezen. Voor de start van het gesprek werd de samenvatting nader toegelicht. Het veldonderzoek is verricht in de periode 12 juni 1990 t/m 21 november 1990³.

8.2.1 BRIEF A

Geachte heer,

Sinds oktober 1987 verricht ik een promotieonderzoek aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, studierichting Beleid & Management Gezondheidszorg. Het onderwerp is "De introductie en spreiding van kostbare Hoogetechnologische Medische Technieken in Nederland". U moet hierbij denken aan technieken die onder het regime van artikel 18 WZV (kun-nen) vallen. Het onderzoek richt zich op twee aspecten van introductie en spreiding, namelijk op de invloed van medici op deze processen en op de gehanteerde methoden van besluitvorming.

In het eerste gedeelte van mijn onderzoek heb ik mij vooral beziggehouden met het opstellen van een theoretisch kader en het doen van een literatuurstudie, waarbij 3 voorbeelden zijn bestudeerd (MRI, CT en Niersteenvergruizer) en tevens is gekeken hoe men in Nederland en daarbuiten (Zweden, Engeland en VS) deze problematiek aanpakt.

In het tweede gedeelte van het onderzoek is eerst een eenvoudig hulpmiddel voor de spreiding van deze technieken ontwikkeld.

Teneinde de opgedane kennis alsmede de toepasbaarheid van het hulpmiddel te kunnen toetsen aan de ervaringen van de mensen in het veld, wordt een interviewronde gemaakt langs vertegenwoordigers van de betrokken ministeries, adviesorganen, directies en medische staven van de academische ziekenhuizen en van algemene ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars en industrie.

In overleg met mijn promotor, prof. dr. R.M. Lapré (hoogleraar gezondheidszorgbeleid en economie van de gezondheidszorg aan de EUR) zullen deze interviews volgens de semi-gestructureerde methode worden afgenomen, zodat in elk gesprek dezelfde thema's kunnen worden besproken.

Hierdoor wordt het mogelijk de verkregen informatie te analyseren.

Graag zou ik een gesprek met u over deze materie willen voeren.

Binnenkort zal ik contact met u (laten) opnemen om een afspraak te maken.

Mocht u nadere informatie willen hebben, kunt u mij bereiken via tel. 030-916916 (kantoor: Mw. C. de Rie, secretaresse).

Met vriendelijke groet,

M.A. Dutrée, arts.

8.2.2 SAMENVATTING MODEL VAN EEN SPREIDINGSHULPMIDDEL

Inleiding

In het hiernavolgende zal de essentie van het spreidingshulpmiddel worden weergegeven.

Uitgangspunten

Spreiding van kostbare hoogtechnologische medische technieken (KMT) begint bij de introductie ervan in Nederland. Deze introductie vindt in het merendeel van de gevallen plaats via het circuit van de ontwikkelingsgeneeskunde. Aan toekenning van gelden uit het fonds Ontwikkelingsgeneeskunde dienen twee randvoorwaarden te worden verbonden:

- Financiering vindt alleen plaats via Ontwikkelingsgeneeskunde voor de duur van het project. Met andere woorden: voordat het project in het kader van Ontwikkelingsgeneeskunde is afgesloten, wordt de KMT niet opgenomen in het verstrekkingenpakket.
- De groep die het geld ontvangt, verplicht zich om bijdragen te leveren zodat het mogelijk wordt de vragen te beantwoorden die ten behoeve van het ontwikkelen van het spreidingshulpmiddel voor deze KMT, zijn opgesteld.

Het spreidingshulpmiddel heeft slechts zin als het in een zo vroeg mogelijk stadium kan worden toegepast. Dit impliceert dat bij het indienen van een aanvraag voor ontwikkelingsgeneeskunde door de onderzoeksgroep de vragenlijst reeds beantwoord dient te worden, uitgaande van de dan ter beschikking staande gegevens. Bij het beschikbaar komen van nieuwe gegevens gedurende het onderzoek, die van invloed zijn op de beantwoording van de vragen uit de lijst, worden de antwoorden bijgesteld. Hierdoor wordt bewerkstelligd dat de vragenlijst geen statisch instrument is, maar enige dynamiek kent.

Vragen ten behoeve van het opstellen van het hulpmiddel

- Dient iedere medisch specialist in het desbetreffende vakgebied de techniek te kunnen toepassen?
Zo ja, dient de techniek dan in ieder ziekenhuis waar het betreffend specialisme aanwezig is, te worden geïntroduceerd?
Zo nee, dient de techniek dan te worden toegewezen aan een aantal geselecteerde centra?
- Welke andere specialismen en/of technieken zijn voor een goede uitvoering van de techniek *in de directe nabijheid* noodzakelijk?

- Welke andere specialismen en/of technieken zijn wel noodzakelijk voor een goede uitvoering van de techniek, maar behoeven *niet in de directe nabijheid* voorhanden te zijn?
- Bij welke indicaties kan uit hetzij diagnostisch, hetzij therapeutisch oogpunt de techniek nuttig worden toegepast?
- *Gemiddeld* hoeveel maal moet een patiënt met een gedefinieerde indicatie aan een procedure met de KMT onderworpen worden?
- Uit welke leeftijdsgroepen zullen de *meeste* patiënten naar verwachting afkomstig zijn?
- Welke technieken kunnen op langere termijn door deze techniek worden gesubstitueerd?
- Een aantal detailvragen:
 - a. De handelingen die geschieden voor, tijdens en na het toepassen van de techniek bij een patiënt.
 - b. De gemiddelde tijd die iedere handeling in beslag neemt.
 - c. Welke medewerker(s), welke handeling uitvoer(t)(en).
 - d. Welke materialen bij welke handeling worden toegepast.
 - e. Geef aan welke handelingen bij ieder gebruik worden verricht.
 - f. Van welke handelingen kan reeds nu worden gezegd dat deze in de toekomst minder tijd zullen vergen en hoe groot zal de geschatte tijdwinst dan zijn.
 - g. etc. (afhankelijk van de soort KMT).

Bij de beantwoording van deze vragen zal een meta-analyse dienen te worden verricht, opdat de gegevens in een internationaal perspectief komen te staan.

Met behulp van de antwoorden op de vragenlijst wordt het spreidings-hulpmiddel samengesteld.

Spreidingshulpmiddel

De vragenlijst wordt uitgewerkt en er wordt een algemeen spreidingsprofiel voor de onderzochte techniek opgesteld, dat uit de volgende elementen bestaat:

- a. Produktie-interval.
- b. Patiëntendoelgroepen.
- c. Procentuele leeftijdsverdeling.
- d. Potentiële populatie.
- e. Specialismen die in de directe nabijheid moeten zijn.
- f. Specialismen die wel noodzakelijk zijn, echter niet perse in de instelling zelf aanwezig hoeven te zijn.
- g. Spreidingscriterium:
 - Centraal, uitsluitend academisch.
 - Centraal, hetzij academisch, hetzij algemeen ziekenhuis (> 500 bedden).
 - Decentraal, iedere aanvraag die aan het spreidingsprofiel voldoet, wordt toegekend tot het maximumaantal plaatsen is uitgegeven.
- h. Maximaal aantal plaatsen waar de nieuwe techniek mag worden geïntroduceerd.

Afhankelijk van de uitkomsten van Medical-Technology-Assessment-studies kunnen de elementen g en h worden verfijnd.

Consequenties toepassing hulpmiddel

Als de uitkomsten van het project dat via het circuit van Ontwikkelings-geneeskunde gunstig zijn dan wordt het hulpmiddel toegepast. Als een aanvraag door toepassing van het spreidingshulpmiddel als adequaat wordt gekenschetst, kan deze de formele (veelal artikel 18 WZV) procedure verder doorlopen. Na het doorlopen van deze procedure kan worden beslist of de aanvraag daadwerkelijk zal worden toegekend. Het spreidingshulpmiddel maakt slechts een voorselectie en schept in een vroeg stadium duidelijkheid richting het aanvragende ziekenhuis in geval van afwijzing.

8.3 AANDACHTSPUNTENLIJST PER CATEGORIE

De vertegenwoordigers van patiënten en ministeries zijn geïnterviewd aan de hand van de aandachtspuntenlijst voor adviesorganen.

Ziekenhuizen

- Introductie/doel gesprek.
- Hoe wordt c.q. bent u attent gemaakt op nieuwe ontwikkelingen?
 - Vakbladen.
 - Collega's (medici/managers/medici-managers).
 - Congressen.
- Hoe bespreekt u deze?
 - Directievergadering c.q. medisch stafoverleg.
 - Ziekenhuizen binnen de regio.
 - Standpuntbepaling?
- Ervaringen met KMT
 - CT, NLT, MRI.
 - Meer recente ontwikkelingen: PET, ECMO, Galsteenvergruizing.
- Ervaring met aanvragen van KMT:
 - Voorloper of afwachter?
 - Criteria c.q. overwegingen bij het indienen van een aanvraag voor juist die KMT.
 - In eigen beheer of samen met anderen?
 - Overwegingen voor respectievelijk tegen.
 - Reacties regionale ziekenhuizen.

- Interne kosten-effectiviteitsanalyse?
- Reactie overheden op aanvragen:
 - Snelheid van reageren.
 - Inhoud commentaar.
 - Informele kanalen.
- Reactie binnen ziekenhuis:
 - Invloed medici/directie.
 - Hoe wordt deze invloed gebruikt?
 - Invloed verpleegkundigen c.q. ondersteuning.
- Reactie op hulpmiddel (vooraf toegestuurd):
 - Hanteerbaarheid.
 - Eerlijkheid.
 - Beheersbaarheid.
 - Suggesties voor verbetering.

Adviesorganen

- Introductie/doel gesprek.
- Hoe wordt c.q. bent u attent gemaakt op nieuwe ontwikkelingen?
 - Vakbladen.
 - Via (andere) ministeries.
 - Collega's (medici/managers/medici-managers).
 - Congressen.
- Hoe bespreekt u deze?
 - Met DG/staatssecr./minister/raad/commissie/overleg.
 - Standpuntbepaling vooraf?
 - Onderzoek vooraf?
 - Bepaling van aanpak vooraf?
- Ervaringen met KMT.

- Ervaring met aanvragen van KMT:
 - Opstelling?
 - Criteria c.q. overwegingen bij het betuigen van adhesie of niet.
 - Criteria voor samenwerking versus eigen beheer:
 - Betrekken van oordeel regionale ziekenhuizen?
 - Kosten-effectiviteitsanalyse?
 - Reactie ziekenhuizen/ziektekostenverzekeraars op overheden c.q. adviesorganen:
 - Snelheid van reageren.
 - Inhoud commentaar.
 - Informele kanalen.
- Invloed medici op besluitvorming.
- Reactie op hulpmiddel (vooraf toegestuurd):
 - Hanteerbaarheid.
 - Eerlijkheid.
 - Beheersbaarheid.
 - Suggesties voor verbetering.

Ziektekostenverzekeraars

- Introductie/doel gesprek.
- Hoe wordt c.q. bent u attent gemaakt op nieuwe ontwikkelingen?
 - Vakbladen.
 - Collega's (medici/managers/medici-managers).
 - Congressen.
- Hoe bespreekt u deze?
 - Stafoverleg/met directies met medisch adviseurs?
 - Standpuntbepaling vooraf?
 - Onderzoek vooraf?

- Ervaringen met KMT:
 - CT, NLT, MRI.
 - Meer recente ontwikkelingen: PET, ECMO, Galsteenvergruizing.
- Ervaring met aanvragen van KMT:
 - Opstelling?
 - Criteria c.q. overwegingen bij het betuigen van adhesie of niet
 - Criteria voor samenwerking versus eigen beheer?
 - Betrekken van oordeel regionale ziekenhuizen?
 - Kosten-effectiviteitsanalyse?
 - Reactie overheden op aanvragen:
 - Snelheid van reageren.
 - Inhoud commentaar.
 - Informele kanalen.
- Invloed medici op besluitvorming.
- Reactie op hulpmiddel (vooraf toegestuurd):
 - Hanteerbaarheid.
 - Eerlijkheid.
 - Beheersbaarheid.
 - Suggesties voor verbetering.

Industrie

- Introductie/doel gesprek.
- Hoe pakt u nieuwe ontwikkelingen op?
 - Informeel netwerk.
 - Eigen onderzoeksgroepen.

- Hoe wordt c.q. bent u attent gemaakt op nieuwe ontwikkelingen?
 - Vakbladen.
 - Onderzoeksgroepen.
 - Congressen.
- Hoe bespreekt u deze?
 - Marketingoverleg/R&D?
 - Standpuntbepaling vooraf?
 - Onderzoek vooraf?
 - Bepaling van aanpak vooraf?
 - Gesprek met ministeries, ziektekostenverzekeraars, ziekenhuizen?
- Ervaringen met KMT.
- Ervaring met aanvragen van KMT:
 - Opstelling ten opzichte van ziekenhuizen?
 - Bijdrage Kosten Effectiviteits Analyse?
 - Invloed medici op besluitvorming (zowel binnen als buiten ziekenhuis).
- Reactie op hulpmiddel (vooraf toegestuurd):
 - Hanteerbaarheid.
 - Eerlijkheid.
 - Beheersbaarheid.
 - Suggesties voor verbetering.

8.4 LIJST MET AFKORTINGEN

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AZ	Academisch Ziekenhuis
BAZ	Bureau Academische Ziekenhuizen
BIG	Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing
CMO	Chief Medical Officer
CON	Certificate Of Need
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CT	Computer Tomografie
CvZ	College voor Ziekenhuisvoorzieningen
DHA	District Health Authority
DHSS	Department of Health and Social Services
ECMO	Extra Corporele Membraan Oxygenatie
ECG	Electro Cardio Grafie
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GR	Gezondheidsraad
GS	Gedeputeerde Staten
HCFA	Health Care Financing Administration
HSA	Health System Agency
IHDF	International Health Development Foundation
iMTA	instituut voor Medische Technology Assessment
KLOZ	Kommissie Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
KMT	Kostbare Medische Technologie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LOM	Landelijk Overlegorgaan MRI
LPCP	Landelijk Patiënten Consumenten Platform
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
MB	Machineachtige Bureaucratie
MIB	Meerjaren Investerings Begroting
MRC	Medical Research Council
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MTA	Medical Technology Assessment

NHS	Nationale Health Service
NLT	Nephro Litho Triptor (Niersteenvergruizer)
NRGW	Nationale Raad voor de Gezondheid en Welzijn
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVZD	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZI	Nationaal Ziekenhuis Instituut
NZR	Nationale Ziekenhuis Raad
O&W	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
OG	Ontwikkelingsgeneeskunde
OK	Operatiekamer
OTA	Office of Technology Assessment
PAR	Primair Affectieve Reactie
PB	Professionele Bureaucratie
PET	Positron Emissie Tomografie
PRV	Provinciale voor de Volksgezondheid
PTCA	Percutane Transluminale Coronair/Cardio Angioplastiek
QALY	Quality Adjusted Life Year
R&D	Research and Development
RHA	Regional health Authority
SAR	Secundair Affectieve Reactie
SDSTB	Supply Division's Scientific and Technical Branch
SHM	Spreidingshulpmiddel
SMAC	Standing Medical Advisory Committee
VAGZ	Vereniging Adviserend Geneeskundigen
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen
Vomil	Ministerie Volksgezondheid en Milieuhygiëne
VNZ	Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet

Eindnoten

1. Van zowel de ziekenhuizen als de zorgverzekeraars werden steeds zowel de directies als de medici aangeschreven.
2. De provincies zijn gekozen op grond van de keuze van de gezondheidsregio's.
3. De maanden juli en augustus zijn in verband met de vakantietijd uitgevallen.

Hoofdstuk 9

GERAADPLEEDE BRONNEN

Achter elke referentie is tussen haakjes een getal geplaatst, dat staat voor het volgnummer van het artikel in het voor dit onderzoek opgezette databestand. Dit vergemakkelijkt het zoeken naar een bepaalde referentie.

- Aarts HF. Overheid en medisch specialisten: to see or not to see. MC 1987;42:1574-1574.(265)
- Abrams HL, Hessel S. Health technology assessment: problems and challenges. AJR 1987;149:1127-1132.(301)
- Abrams HL, Hessel S. Health technology assessment: problems and challenges. AJR 1987;149:1127-1132.(551)
- Aken JE van, Matzinger B. Een neo-rationeel model van besluitvorming; beslissingsvoorbereiding tussen intuïtie en logica. M & O 1983;6:478-493.(486)
- Algemene Rekenkamer. Regulering van topklinische zorg. Tweede kamer 1990-1991;22 056:nrs.1-2
- Anderson G, Steinberg E. To buy or not to buy; technology acquisition under prospective payment. N Engl J Med 1984;311:182-185.(169)
- Ankoné A. Macht van de specialist is tanende. HZH 1987;14:581-582.(630)
- Annals of Internal Medicine. Diagnostic technology assessment: problems and prospects. 1988;108:759-761.(552)
- Asselt PAJM van. Vigerende regelgeving topklinische voorzieningen en de invloed van Europa 1992. 1990:3-72.(593)
- Atteveld L van, Broeders C, Lapré RM. International comparative research in health care. A study of the literature. HPE 1987;8:105-136.(512)
- Baakman NAA. Kritiek van het openbaar bestuur; besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985. Thesis Publishers 1990.(625)
- Bally Y, Haan G, Starmans R. Evaluatie medische technologie; problemen en mogelijkheden bij diagnostiek. MC 1985;40:1521-1523.(170)
- Barneveld Brinkhuizen. De invloed van CT-voorzieningen in Nederland. Typoscript; 1987.(464)

- Beckham D.The last word; the complicated evolution of strategic planning.Hosp.1986;June:112-112.(396)
- Behrens R.Climate ripe for marketing strategies; now is the ideal time for hospitals to promote wellness in the community as part of their marketing strategies.Hosp.1979;Oct:99-100.(61)
- Benders JGJM, Daems AJ.Capaciteitsuitbreiding in de gezondheidszorg; bedrijfstijdverlenging als efficiency-instrument.MC 1988;43: 1521-1525.(141)
- Bennekan A.Medische apparatuur is te duur.Intermediair 1987;40: 57-63.(289)
- Berg AH.Managers bij de overheid.VUGA 1988.(623)
- Berg EL.Omgangsvormen tussen organisaties.Bestuurswetenschappen 1978;5:371391.(489)
- Bierkens AF, Hendrikx AJM, Hendriks BTH, Debruyne FMJ.De behandeling van nieren ureterstenen met een niersteenvergruizer van de tweede generatie.NTvG 1990;134:815-818.(638)
- Biesta JH.Waarom ga ik er mee door?MC 1988;43:140-140.(209)
- Bock DE de.Ontwikkelingsgeneeskunde; verwickelingen rond een beleid.1990:140.(629)
- Boelen JLA.Onze ziekenhuizen kampen met een overcapaciteit aan infrastructuur.MC 1986;41:1577-1578.(198)
- Boelen JLA.Nota 2000; ambities genoeg.MC 1987;42:39-40.(216)
- Boelen JLA.Innovatie in de gezondheidszorg; bevordering gezondheid dient uitgangspunt van het beleid te zijn.MC 1989;44:810-812.(277)
- Boelen JLA.Perspectief voor de gezondheidszorg.MC 1990;45:262-263.(540)
- Boer EJ.Gezondheidsonderzoek in beweging.NTvG 1990;134:398-402.(647)
- Boer HA de.Bekendmaking van beleid inzake artikel 18 WZV.WVC 1988;febr.(480)
- Boerhaave Commissie.Medisch-technische ontwikkelingen en ziekenhuisbeleid.1986.(616)
- Bol P, Grobden HC, Borst-Eilers E.Aantallen coronaire bypass-operaties in Nederland en andere westerse landen.NTvG 1989;133:1867-1869.(96)
- Bolhuis EA, Tol WMP van.De financiële effecten van het plan-Simons.ESB 1990;3765:649-652.(433)
- Bonsel GJ, Rutten FFH.Medische technology assessment.MC 1990;45:512-516.(515)

- Boorsma PB.Economische groei en de kosten van de gezondheidszorg MC 1990;45:1447-1452.(633)
- Boorsma PB, Bruine M de.Feiten en ficties rond de plannen-Dekker, -Dees en -Simons.ESB 1990;3765:632-636.(433)
- Boot JM, Knapen MHJM.De Nederlandse gezondheidszorg.Het Spectrum 1988.(607)
- Borghans I.Nieuwe regio-indeling sluit minder aan op praktijk; een grotere patiënten-trek.HZH 1988;10:436-438.(86)
- Bozeman B, Vaughn Blankenship L.Science information and governmental decision-making: the case of the National Science Foundation.Publ.Adm.Review 1979:53-57.(495)
- Brasfield JM.Health planning reform: a proposal for the eighties. J Health Politics, Policy, Law 1982;6:718-738.(256)
- Brenkman CF.Organisatieproblemen in de gezondheidszorg.TSG 1964;42:766-773.(324)
- Brenkman CF.Organisatieproblemen in de gezondheidszorg.TSG 1965;43:152-154.(323)
- Breuer F.De interorganisatieanalyse.M & O 1978;1:32-45.(457)
- Broeders CJ.Medische technologie, ethiek en beleid.MC 1989;44:45-49.(295)
- Brouw W Op den.Besluit longtransplantaties gaat mensenlevens kosten.NRC 1991;26 febr.(644)
- Brown LD.Common sense meets implementation: Certificate-of-need regulation in the States.J Health Politics, Policy, Law 1983;8:480-494.(255)
- Bruetman M.High-tech promises low-cost diagnostics.Hosp. 1985;june:40-42.(167)
- Bruine M de, Lapré RM.Overheidsregulering in de Nederlandse gezondheidszorg.Acta Hosp 1988;3:5-24.(424)
- Bundesanzeiger.Richtlinien für den Bedarf gerechten und wirtschaftlichen Grossgeräten.1986;nr.60A.(524)
- Bureau publicatie EG.Eén grote markt zonder grenzen.Europese Documentatie 1987;4:1-67.(592)
- Burhens JCJ.Leren leven met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en uitgangspunten bij de regionale ziekenhuisplanning.HZH 1971:262-269.(326)
- Burnum JF.Sounding Board.Medical practice à la mode; how medical fashions determine Medical Care.N Engl J Med 1987;317:1220-1222.(5)
- Buxton MJ.Managing new technology; economics research and practical decisions. Health Ser.Man.Res.1988;1:42-50.(443)

- Buijs GJ.Wet ziekenhuisvoorzieningen en Wet ambulancevervoer. Tjeenk Willink 1990.(449)
- CvZ.Adviesaanvraag inzake artikel 18 WZV.1988.(475)
- Carr Hill RA.Allocating resources to health care: RAWP is dead - long live RAWP.Health Pol 1989;13:135-143.(230)
- Casparie AF, Schut FT.Health Maintenance Organizations; kwaliteit van integrale zorgverlening.NTvg 1987;131:450-454.(116)
- Centrum voor Klinische Besliskunde Rotterdam.Klinische Besliskunde;basiscursus.1990.(611)
- Cerne F.Computed tomography alive and well;radiology;special report.Hosp.1988;Nov:65-69.(191)
- Challah S, Mays NB.The randomised controlled trial in the evaluation of new technology: a case study.Br.Med.J. 1986;292:877-878.(553)
- Charig CR, Webb DR, Payne SR, Wickham JEA.Comparison of treatment of renal calculi by open surgery, percutaneous nephrolithotomy and extra corporeal shockwave lithotripsy.Br.Med.J. 1986;292:879-882.(554)
- Chrzanowski R, Gutzwiller F.The assessment of medical technologies.Examples from Switzerland.Health Policy 1986;6:45-56.(645)
- Claessens F, Defesch H, Griensven H van, Jong B de, Kwant R, Meuwese C, Nierop Th van.Studie over enige facetten van de structuur van het huidige ziekenhuis.OZH 1961;24:247-250.(335)
- Clarke JR, Hayward CZ.A scientific approach to surgical reasoning.Theor.Surg. 1990;5:129-132.(493)
- Clerck D de.De laatste dotterstop.Aaneen 1990;2:10-13.(631)
- Cobben JJ.Computertomografie en financiering gezondheidszorg.MC 1985;40:37-38.(445)
- Commissie Medisch specialist en ziekenhuisorganisatie (NZr,LSV,NZi).Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen.1990.(601)
- Cooper LS, Chalmers TC, McCally M, Berrier J, Sacks HS.The poor quality of early evaluations of magnetic resonance imaging.JAMA 1988;259:3277-3280.(547)
- Crevel H van, Helm HJ van der.Geneeskunde en technologie.NTvg 1987;131:248-250.(306)
- Croonen FJM.De specialist als manager.MC 1991;46:302-305.(648)

- Culyer AJ. Cost Containment in Europe. *Health Care Financing Review* 1989;21-32.(643)
- CvZ. Continueringaanvragen ex artikel 18 WZV. 1987.(566)
- CvZ. Advies inzake het wetsontwerp tot wijziging van artikel 18 WZV. 1988.(571)
- CvZ. Advies inzake het concept-besluit vervanging bijlagen bij het besluit procedures voor bijzondere functies WZV. 1989.(570)
- CvZ. Advies inzake concept-besluit bijzondere verrichtingen en apparatuur WZV. 1989.(574)
- CvZ. Advies inzake het concept-planningbesluit in vitro fertilisatie. 1989.(573)
- CvZ. Advies inzake het gebruik van artikel 18 WZV. 1987.(572)
- CvZ. Advies inzake besluit procedure bijzondere functies WZV. 1982.(569)
- CvZ. Advies inzake vervanging artikel 18 apparatuur WZV. 1987.(567)
- CvZ. Advies inzake landelijke en bovenregionale voorzieningen 1989.(568)
- CvZ. Het college voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ), Wat is dat eigenlijk? Wat doet het en hoe werkt het? 1981; juni: 1-48.(284)
- CvZ. Concept wijzigingsbesluit bijzondere functies WZV. 1987.(477)
- Dahlgren G. Health data as a base for planning of health services. *Med Info Seminars* 1983;40-46.(226)
- DeMart A. PET projects; radiology; special report. *Hosp.* 1988; Nov: 70-72.(191)
- Debruyne FMJ. Nogmaals niersteenvergruizing. *NTvG* 1990; 134: 795-796.(641)
- Dekker E. Het ontwerp Kerndocument Gezondheidszorg voor de jaren 1990-1995. *MC* 1989; 44: 529-532.(222)
- Derksen TWJ, Diepersloot J. II Bezuiniging van 1,2 miljard gulden; III planningwetgeving; IV euthanasie. *MC* 1986; 41: 1217-1218.(158)
- Diaz JR, Boerger J. 20 years of innovative planning. 1986: 303-306.(250)
- Dickman RL, Ford AB, Liebman J, Milligan S, Schorr AL. An end to patchwork reform of health care. *N Engl J Med* 1987; 317: 1086-1088.(247)
- Diepersloot J. Adviesrapport Structuur KNMG 2000. *MC* 1987; 42: 1096-1101.(383)
- Dijck JJJ van, Tiddens HA. Boek: van koepel naar markt; naar een marktbenadering in de gezondheidszorg. *De Tijdstroom* 1987; 1-81.(583)

- Dijk B van, Jaspers FC.Planning gericht op substitutie in de gezondheidszorg.MC 1988;43:971-974.(273)
- Dillmann EBM.Regionale planning, het laatste onderhandelingstraject voor de ziekenhuizen.HZH 1988;5:202-205.(103)
- Dillmann EBM.Functieplanning: een bedreiging voor ziekenhuis en specialist.HZH 1988;4:150-151.(102)
- Dillmann RJM.Het protocol nader bekeken.NTVG 1988;132:340-342.(112)
- DiMonda R.Is NMR right for your hospital?Hosp. 1985;June:55-59.(200,203)
- DiMonda R, Goodhart MD, Frankel S.Meditrends: shaping the futures of hospitals; strategically selecting and packaging technology will be the challenge of the 1990's.Hosp. 1985;Aug.:22-26.(64)
- Doeleman F.Regionale organisatie van de gezondheidszorg.TSG 1965;43:634-639.(311)
- Dooley RL.MRI planning and design.1986:397-398.(202)
- Doriner J.Gezondheidszorg met winstoogmerk.NTVG 1985;129:1641-1644.(110)
- Dror Y.Facing momentous choices.Iras 1984;2:97-106.(500)
- Droste T.Future shock; radiology; special report.Hosp.1988;Nov.: 48-51.(191)
- Drummond D, Rettig RA, Wing AJ.Limited resources and the treatment of end-stage Renal Failure in Britain and the United States. Quart J Med 1985;56:321-336.(232)
- Drummond M, Stoddart G, Labelle R, Cushman R.Health economics: an introduction for clinicians.Ann.Int.Med. 1987;107:88-92.(431)
- Dubbelboer JS.Hebben ziekenhuizen een gezonde organisatie-cultuur? (11).HZH 1986;17:654-657.(329)
- Dubbelboer HS.Hoe gezond is de organisatie-cultuur van de ziekenhuizen (I).HZH 1986;16:600-602.(258)
- Dunning AJ.Beterschap.NRC 1990;juni 5.(422)
- Dunning AJ.We staan voor een nieuwe revolutie, die van de rekenschap.NRC 1990;aug. 30.(422)
- Dupuis HM.Schaarste maakt keuzen in de gezondheidszorg onvermijdelijk.MC 1990;45:1401-1408.(632)
- Durieux P, Blum C, Jolly D.The natural history of the introduction and development of the first lithotripter in France.1989:17.(415)

- Durieux P, Viens-Bitker C, Jolly D, Blum-Boisgard C.Examples of the influence of evaluation on health policy.HPE 1988;9:325-330.(416,508)
- Durlinger BLJM.Plaats specialist in management ter discussie.HZH 1988;16:721-724.(266)
- Eijck D van.Intrigerend spelletje gezondheidszorg.NRC 1990;sep. 17.(422)
- Eijck D van.Ziekenhuizen wijzigen leiding; specialist wordt mede verantwoordelijk voor beleid.NRC 1990;sep. 8.(413)
- Eisenberg JM.Physician Utilization; the state of research about physicians' practice patterns.Med.Care 1985;23:461-481.(348)
- Ekkelboom J.Peperdure PET-camera brengt stofwisseling in beeld. NRC 1990;jun. 2.(422)
- Ekker W.Het diagnostisch patroon in de ziekenhuizen anno 1972.HZH 1973:208-210.(337)
- Ekker W, Rouwens T.Ziekenhuisgebruik per regio zeer verschillend.HZH 1985:978-980.(58)
- Elst M van der, Berge CJ van de, Wijngaarden K van.Advies College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake concept-wijziging.Richtlijnen ex ad 3 WVZ;informatie van de Nationale Ziekenhuisraad.Info 1985;nov.:1-9.(70)
- Elst M van der, Borgers GHM.3e druk richtlijnen ex art. 3 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.NZR Info 1987;jan. 21.(137)
- Elst M van der, Borgers GHM.NZI-rapport Evaluatie Planproces WZV.NZR Info 1986;dec. 22.(332)
- Elzakker A van.Na de planning; een nieuwe beleidsvoering in de volksgezondheid.MC 1989;44:807-809.(277)
- Engelshoven MA van.Onderweg naar meer zekerheid;ontwikkelingen in de radiodiagnostiek.MC 1988;43:138-140.(209)
- Enthoven A, Kronick R.Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy.N Engl J Med 1989;320:94-101.(142)
- Erpecum KJ van, Stolk MFJ, Berge Henegouwen GP van, Vos A, Obertop H.Schokgolflithotripsie van galstenen.NTVG 1990;134:112-116.(640)
- Es JC v.Medische technologie en indicatiestelling.MC 1986;41:108-110(654)
- Etten GM van.Beoordeling van medische technologie.TSG 1986;64:29-29.(304)

- Evans RG, Barer ML, Stoddard GL, Anderson GM, Feeny D. Controlling health expenditures - the Canadian reality. *N Engl J Med* 1989;320: 571-577.(146)
- Evans RW. Health care technology and inevitability of Resource Allocation and Rationing Decisions, Part I. *JAMA* 1983;249:2047-2053.(292)
- Evans RW. Health care technology and the inevitability of Resource Allocation and Rationing Decisions, Part II. *JAMA* 1983;249:2208-2219.(291)
- Everdingen JJE van, Casparie AF, Roy van Zuijdewijn HJ de. Consensusontwikkeling: een vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland. *NTvG* 1985;129:1935-1938.(95)
- Figley MM, Margulis AR. The impact of new imaging technology on health care, research and teaching: an international symposium. *AJR* 1987;149:1111-1125.(207)
- Flynn R, Simonis JBD. Cost control and retrenchment in the health care systems of the Netherlands and England. 1989:1-87.(580)
- Fokkens O. Waar blijft de stimulans; fixatie op normen belemmert afweging van prioriteiten. *MC* 1983;38:1563-1565.(340)
- Fokkens O, Aert JH van, Bouman PC. Ziekenhuisplanning en medische registratie; een toepassing. *TSG* 1974;52:847-852.(327)
- Fortuyn WSP. Ordening door ontvlechting; een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid. *WVC* 1990:1-101.(626)
- Freens RJM. Opzet en techniek van de regionale begroting gezondheidszorg. *TSG* 1985;63:528-534.(107)
- Freens RJM, Kubber P de. Regionale financiële overzichten van de gezondheidszorg. *MC* 1986;41:1395-1397.(318)
- Freidson E. De medische professie. *Tijdstroom* 1980:16-336.(451)
- Friedman E. The coming area of hard choices; Governor Richard Lamm of Colorado talks about the resource allocation and the political process in health care. *Hosp.* 1985;April:96-100.(68)
- Friedman E. The next generation of health care services. *Hosp.* 1985;Aug:125-126.(65)
- Friedman E. Fifty years of U.S. health care policy. *Hosp.* 1986;May:95-104.(2)
- Friedman E. Health care policy lessons from Britain. *Hosp.* 1985;Sept.:78-83.(234)
- Gallivan M. Technology advances raise policy concerns; 1985 highlights. *Hosp.* 1985;Dec.:64-64.(56)

- Gallivan M. Inflation heats up, hospital patient mix shifts. *Hosp.* 1989;Nov.:38-40.(147)
- Garfield SR. The delivery of medical care. *Scientific American* 1970;222:15-23.(341)
- GS Z.H. Contouren voor de planningsronde algemene ziekenhuizen 1988; uitgangspunten en methodiek. 1988.(599)
- GS Z.H. Kostbare diagnostische voorzieningen. 1983:1-22.(466)
- GS Z.H. Ontwerp ziekenhuisplan regio Dordrecht. 1988.(595)
- GS Z.H. Planningsronde capaciteitsreductie algemene ziekenhuizen regio Dordrecht. 1989.(596,600)
- Gerritse AJ, Hirs DC, Vandermeulen LJR. De kosten van de intramurale gezondheidszorg in de volgende kabinetsperiode; waar het kabinet rekening mee moet houden. *HZH* 1989;15:667-670.(123)
- Gezondheidsraad. Advies beleidsvorming artikel 18 WZV. 1988;apr. 5.(474)
- Gezondheidsraad. Jaaradvies gezondheidszorg 1990. 1990.(605)
- Gils MR van. De organisatie van organisaties. *M & O* 1978;1:8-31.(456)
- Ginsberg E. For-profit medicine; a reassessment. *N Engl J Med* 1988;319:757-761.(122)
- Gooijer WJ de. De planning van dure medische apparatuur in het Europa van 1992. *ZM* 1989;11:11-20.(187)
- Grandori A. A prescriptive contingency view of organizational decision making. *ASQ* 1984;29:192-209.(499)
- Grayson M. Smith: It's time to defire appropriate care. *Hosp.* 1989;Aug.:34-38.(236)
- Greer A. Medical technology and professional dominance theory. *SSM* 1984;18:809-817.(270)
- Grémy F. Evaluation of medical action and of action in public health. *E. Health Care* 1983;1:11-20.(429)
- Greve WB de, Graaf RWM de. De beleidsvoering artikel 18, het in- en uitreden van functies. *De Greve* 1987.(476)
- Groot LMJ. Ontwikkeling en begrenzing van de kosten van de gezondheidszorg. *TSG* 1976;54:177-187.(9)
- Groot LMJ. Ontwikkelingen in de relatie ziekenhuis-specialist. *HZH* 1985:176-183.(261)
- Groot LMJ. Regionalisatie, markt en concurrentie. *MC* 1988;43:272-274.(287)

- Grumet GW. Sounding Board; Health Care Rationing through inconvenience; the third party's secret weapon. *N Engl J Med* 1989;321: 607-611.(27)
- Grünwald CA. Beheersing van de gezondheidszorg. *VUGA* 1987.(610)
- Gutzwiller F, Chrzanowski R. Factors influencing the implementation of technology assessment results in medical practice. *Health Pol* 1989;11:87-91.(297)
- Haan G. In vitro fertilisatie: een reguliere fertiliteitsbehandeling; ziekenfondsraad liet kosteneffectiviteitsonderzoek doen in vijf ziekenhuizen. *MC* 1989;44:495-499.(132)
- Habbema JDF. Beslissingsondersteunende technieken voor de kliniek. *NTvG* 1988;132:343-349.(113)
- Habbema JDF, Casparie AF, Mulder JH, Rutten FFH. Medische technology assessment en gezondheidsbeleid. *Samsom Stafleu* 1989.(615)
- Häkansson S. Frame budgets in Sweden. 1989:189-192.(223)
- Halfpap B. Was kostet uns die Gesundheit wirklich?; Über den Stellenwert der Medizintechnik im Gesamtaufwand für des Gesundheitswesens. Ein Diskurs. *Electromedica* 1986;54 heft 1:19-30.(33)
- Handboek Beleidsvoering overheid. M3150 Het waarom en hoe van beleidsnota's. 1980; juni:13-17.(491)
- Hannan EL, Rouse RL, Barnett R, Uppal P. Methods for developing relative need criteria to accompany a health care capital expenditure limit. *J Health Politics, Policy, Law* 1987;12:113-136.(254)
- Hart HWC. Marketing vergt systematisch beleid bij opbouw netwerk van externe relaties; marktpositie van ziekenhuis kan beter. *HZH* 1985;12:423-425.(76)
- Hart HWC. De lange weg naar een ziekenhuismarketingplan; marktpositie ziekenhuis kan beter. *HZH* 1985;13:470-472.(77)
- Hart P. Verstrikte besluitvormers: entrapment in beleidsvoering. *Beleid en Maatschappij* 1988;6:277-289.(503)
- Havermans AG. Mijn plaats in de gezondheidszorg in het jaar 2000. *MC* 1987;42:43-46.(216)
- Heijink JW. Qaly als effectmaat nog een maatje te klein; adding years to your life or adding life to your years. *MC* 1989;44:742-744.(127)
- Hellema H. Capaciteit NMR schiet duidelijk tekort. *Medicus* 1988; apr. 23:1-12.(197)
- Hendriks JPM. Twintig jaar hervorming van de gezondheidszorg. *ESB* 1990;3765:637-639.(433)

- Hermans HEGM.Naar een consumentgerichte regelgeving in de gezondheidszorg.TSG 1986;64:333-336.(178)
- Hermans M, Prins S, Tol HMA van.Specialisten zijn de belangrijkste doelgroep van het marketingbeleid.HZH 1985;19:742-746.(233)
- Herzlinger RE.The failed revolution in health care - the role of management.Harvard Business Rev 1989;95-103.(229)
- Heuvel R van den.Ziekenhuizen met winstoogmerk en de financiering van de ziekenhuissector;open tribune.Acta Hosp. 1985;4:59-64.(45)
- Hibbard JH, Weeks EC.Consumerism in health care; prevalence and predictors.Med.Care 1987;25:1019-1032.(177)
- Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ.How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations?N Engl J Med 1989;321:86-92.(153)
- Hillman AL, Schwartz JS.The adoption and diffusion of CT and MRI in the United States; a comparative analysis.Med.Care 1985;23:1283-1294.(186)
- Himmelstein DU, Wodhandler S.A national health program for the United States.N Engl J Med 1989;320:102-108.(246)
- Hoed P den, Salet WGM, Sluys H van der.Planning als onderneming. Staatsuitgeverij 1983:14-105.(462)
- Hoefnagels KJJ.Herstructureringsproblemen in de gezondheidszorg. MC 1985;40:1364-1368.(308)
- Hoen AHHJM de.Patiëntgebonden budgetten als onderdeel van de Dekker-financiering; geen aantrekkelijke oplossing.HZH 1989;15:656-658.(124)
- Hoette EA.Richtlijnen ex artikel 3 Wet ziekenhuisvoorzieningen. NZR Info 1988;juli:1-33.(182)
- Holthaus D.Media seek access to quality-of-care records.Hosp. 1989;Aug:39-41.(236)
- Honigh M.Beddenreductie en kostenontwikkeling; een mogelijk effect van beddenreductie op de kostenontwikkeling in de intramurale gezondheidszorg.MC 1982;37:919-921.(333)
- Hoogerwerf A.Overheidsbeleid.Stafleu 1978.(651)
- Horton R.Theories of rational selection.Health Service Journal 1988;98:215-215.(441)
- Hospitals.Marketing key for PR professionals'roles. 1985;July:60-62.(72)

- Huizenga J. De gezondheidszorg heeft behoefte aan volume- en attitudebeheersing. Schaarre middelen nopen tot pijnlijke keuzen. HZH 1986;9:328-329.(59)
- Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization; the patient perspective. Med. Care 1985;23:438-460.(83)
- Idenburg PA. Regionalisatie in de gezondheidszorg. TSG 1976;54:451-461.(313)
- Iglehart JK. Health policy report; Canada's health care system; second of three parts. N Engl J Med 1986;315:778-784.(99)
- Iglehart JK. The recommendations of the physician payment review commission. N Engl J Med 1989;320:1156-1160.(135)
- Iglehart JK. Health policy report; Japan's medical care system. N Engl J Med 1988;319:807-812.(122)
- Iglehart JK. Health policy report; Canada's health care system; first of three parts. N Engl J Med 1986;315:202-208.(98)
- Iglehart JK. Health policy report; Canada's health care system; third of three parts. N Engl J Med 1986;315:1623-1628.(100)
- Iglehart JK. The British National Health Service under the conservatives - Part II. Health Pol Rep 1984;310:63-67.(231)
- Iglehart JK. Health Policy Report; financing the struggle against aids. N Engl J Med 1987;317:180-182.(403)
- Igun UA. Stages in health-seeking: a descriptive model. Soc. Sci. & Med. 1979;13A:445-456.(509)
- Inguanzo JM, Harju M. What makes consumers select a hospital?. Hosp. 1985;March 16:90-94.(160)
- Inst.v.Biostatistica, EUR. Methodologie van onderzoek; handleiding bij colleges voor keuzeparticipanten. 1980:1-67.(581)
- Jansen GMH. Regionale verschillen leiden tot onevenwichtige budgetten. HZH 1987:172-175.(319)
- Jennett B. Technology assessment-extending the scope of evaluation or fudging the issues?. Health Pol 1989;11:73-77.(299)
- Jennett B. Assessment of clinical technologies. Int. J. Techn. Ass. Health Care 1988;4:435-445.(550)
- Jennett B, Jones JJ, Charig CR. Technology assessment in Britain: lessons from the lithotripter. Br Med J 1986;292:1198-1199.(555)

- Jessop J. Advances in medicine; discarding time honoured but useless practices. Health Service Journal 1988;98:341-341.(442)
- Jessop J. Advances in medicine; are big bangers worth it?. Health Service Journal 1988;98 no. 5125:1303-1303.(440)
- Jong PC de. Qaly, een maatstaf; het begrip Qaly. MC 1989;44:739-741.(128)
- KNMG. Centralisatie van geavanceerde technieken in de geneeskunde. 1983.(582,271)
- Kahn KL. Measuring clinical appropriateness of the use of a procedure; can we do it? Med. Care 1988;26:415-422.(166)
- Kam CA de. Op weg naar een open einde. ESB 1990;3765:640-644.(433)
- Kassenaar AHH. NMR in Nederland; rapportage van het evaluatieonderzoek naar de introductie van Nuclear Magnetic Resonance in Nederland. 1987.(558)
- Kassirer JP. The principals of clinical decision making: An introduction to decision analysis. Yale J Biol Med 1976;49:149-163.(91)
- Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty; a cause of excessive testing. N Engl J Med 1989;320:1489-1491.(134)
- Kastelein A. Of er nee moet worden verkocht hangt mede af van de patiënt; wie verkoopt nee aan de patiënt? MC 1986;41:174-175.(180)
- Katz R. CvZ wil meer flexibiliteit in planning kostbare medische apparaten. HZH 1988;10:453-454.(285)
- Kellquist T. Overseas doctors' training in Sweden. 1989:115.(224)
- Kent DL, Larson EB. Magnetic resonance imaging of the brain and spine. Ann Int Med 1988;108:402-418.(548)
- Kersten TJMT. De afstand tussen huisartspraktijk en ziekenhuis en de hoogte van het verwijscijfer. MC 1987;42:818-822.(259)
- Kessler DA, Pope SM, Sundwall DN. The federal regulation of medical devices. N Engl J Med 1987;317:357-366.(249)
- Kickert WJM. Rationaliteit en structuur van organisatorische besluitvormingsprocessen. Bestuurswetenschappen 1979;1:21-31.(488)
- Kickert WJM. Besturen en chaos. Bestuurswetenschappen 1980;1:33-43.(487)
- Kirkman-Liff BL, Lapré RM, Kirkman-Liff TL. The metamorphosis of health planning in the Netherlands en the U.S. 1988;Febr.:1-27.(276)

- Klazinga NS. Technology assessment and quality assurance. European Newsletter 1990;7.(430)
- Klootwijk JW, Wagenaar RB. Veranderingsprocessen in bureaucratische organisaties. M & O 1983;6:402-415.(458)
- Kluft O, Dijkers CMAG. Tussenstand conflict overheid - medisch specialisten; veertien overwegingen ter oplossing van een slepend conflict. HZH 1989;12:544-545.(156)
- Knill-Jones R. Medical decision-making in the 1990's. Theor. Surg. 1990;5:137-140.(492)
- Kolstad A. Evaluation of medical equipment on the basis of users' experiences and hazard registration. Health pol 1989;11:61-72.(175)
- Können EE. Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie. Proefschrift 1984.(617)
- Koopman PL. Besluitvorming in organisatie; roeren in een vuilnisvat? Soc. Econ. Management 1982;mei 12:32-33.(497)
- Koopman PL, Drenth PJD. Komplexe besluitvorming in organisaties. Gedrag 1980;8:361-377.(504)
- Kramen NJTA, Smit J de. Systeendenken: inleiding tot de begrippen en concepten. 1987(460)
- Krol HJE, Passchier J. Evaluatie planproces WZV. NZI 1986;mei:1-231.(564)
- Krol LJ. Geneeskunde en vooruitgang: de keerzijde van de medaille. MC 1990;45:1516-1518.(634)
- Kroonen A, Boot JM. Marktelementen in de gezondheidszorg. MC 1987;42:931-933.(221)
- Kuile BH ten. Gezondheidszorg in de greep van het gemeenschapsrecht. GR 1990;jan.:1-25.(417)
- LSV Commissie Ziekenhuisstaven. Het medisch beleidsplan. 1985;055:1-40.(591)
- Laane WLJM. Ontwikkelingsstrategie algemene ziekenhuizen; de noodzaak tot aanpassing van de organisatie. MC 1990;45:893-894.(421)
- Lapré RM. Planning van ziekenhuisvoorzieningen; een illusie en een realiteit. MC 1985;40:1589-1592.(278)
- Lapré RM. Over open einden en het instellingsbeleid. HZH 1990;17: 716-716.(434)
- Lapré RM. Planning versus marktmechanismen. Kluwer 1988.(316,423)
- Lapré RM. Technology assessment op macroniveau. MC 1987;42:459-461.(538)

- Lapré RM et.al.Handboek Structuur & Financiering Gezondheidszorg.1989.(604)
- Lapré RM, Rutten FFH.Economie van de gezondheidszorg; leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs.De Tijdstroom 1988.(622)
- Lebelle P, Muller SJ.Besluitvorming; wat weten wij ervan?Kluwer 1986.(613)
- Leenen HJJ.Sturen van de gezondheidszorg.NTvG 1989;133:1020-1023.(192)
- Leenen HJJ, Roscam Abbing EW, Ven WPMM van de, Lapré RM, Reijndenn, JP van der, Huurman JGJ.Nederlands Congres Openbare Gezondheidsregeling 1984; gezondheid en nieuwe vormen van ziektekostenverzekering.TSG 1985;63:13-44.(26)
- Leijnse B.Economische overwegingen bij de toepassing van medische technologieen.MC 1986;41:101-110.(293)
- Leijnse B, Brakel A, Bunjes MA.De medicus als manager; van specialist naar generalist,.MC 1986;41:1579-1582.(264)
- Lems P.Het ziekenhuis in de 21e eeuw.STG 1990:1-92.(577)
- Lindblom CE.The science of Muddling Trough.Publ. Adm. Review 1959:79-88.(496)
- Lister J.Proposals for reform of the British National Health Service; special report.N Engl J Med 1989;320:877-880.(235)
- Loudon T.How to set up a hospital sales program; hospital must begin their sales efforts, by analyzing their products and markets, targeting their sales efforts, and structuring an organizational hierarchy.Hosp. 1985;Aug.:136-142.(62)
- Ludbrook A.Economic appraisal in the National Health Service; a survey.Health Policy 1986;6:21-32.(644)
- Maarse JAM, Mur-Vecman IM.Beleid en beheer in de gezondheidszorg. Van Gorcum 1990.(621)
- Maas PJ van der.Over verklaren en beslissen in de gezondheidszorg.TSG 1985;63:84-94.(303)
- Maerki SC, Luft HS, Hunt SS.Selecting categories of patients for regionalization.Med.Care 1986;24:148-158.(85)
- Magnussen K.Swedish health and dental care abroad.1989.(225)
- Mandema E, Otter G den, Peperzeel HA van, Schweizer ATh.Topklinische zorg in de jaren '91-'94; het maken van keuzen.1990.(590)
- Mansvelt J van.Verantwoorde gezondheidszorg; doelstelling en consequenties.MC 1986;41:73-76.(47)

- Mansvelt J van.Regionalisatie van de intramurale gezondheidszorg. MC 1972;27:503-507.(312)
- McGregor M.Technology and the allocation of resources.N Engl J Med 1989;320:118-120.(143)
- McKinlay JB.Epidemiological and political determinants of social policies regarding the public health.Soc. Sci. & Med. 1979;13A:541-558.(511)
- McNeil BJ, Keeler E, Adelstein SJ.Primer on certain elements of medical decision making.N Engl J Med 1975;293:211-215.(94)
- McPherson K, Wennberg JE, Clifford P, Hovind OB.Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway.N Engl J Med 1982;307:1310-1314.(239)
- Medisch Contact.Alternatief verkiezingsprogramma gezondheidszorg 1989.1989;44:1031-1055.(21)
- Medisch Contact.Ethische overwegingen bij het volksgezondheidsbeleid; bouwstenen voor een verantwoorde en rechtvaardige prioriteitenstelling.1989;44:395-400.(31)
- Medisch Contact.Gezondheidszorg bij beperkte middelen; KNMG-commissie rapporteert.1986;41:357-373.(215)
- Medisch Contact.Grenzen van de zorg: verstrekkingenpakket. 1989;44:506-507.(307)
- Medisch Contact.Harttransplantatie kandidaat voor prioriteitenstelling; aanbiedingsbrief rapport Gezondheidsraad.1989;44:393-395.(31)
- Medisch Contact.Het post-Dekker-tijdperk in de praktijk.1989;44: 1156-1160.(283)
- Meegdes JG.Nieuwe richtgetallen CvZ geen garantie voor betere functieplanning.HZH 1987;6:216-220.(317)
- Meer J van der.Moeilijke keuzen aan het ziekbed; reken niet op besliskunde.NTvG 1988;132:336-337.(112)
- Merrill T.Will payment control technology diffusion?Hosp. 1987;July 5:46-50.(171)
- Mertens AThLM.Het ziekenhuis in de maatschappij.OZH 1963;26:475-485.(334)
- Metz B.Kosten Amerikaanse gezondheidszorg.MC 1989;44:508-510.(244)
- Mijn WB van der.Een nee-verkoopbeleid volgens beginselen van ethiek en recht; wie verkoopt nee aan de patiënt?MC 1986;41:176-178.(179)
- Mimpfen LJM, Zenderen LAM van.Aanbodsbepaling intramurale gezondheidszorg: in het zicht van verandering januari 1990.CvZ 1990.(575)

- Mintzberg H. Power in and around organizations. Prentice-Hall 1983.(609)
- Mintzberg H. The structuring of organizations. 1979;289-481.(452)
- Mintzberg H, Raasinghani D, Théorêt A. The structure of unstructured decision processes. ASQ 1976;21:246-275.(501)
- Min. EZ. Stimuleringsprogramma medische technologie. 1986;1-50.(579)
- Min. EZ. Persbericht: Kosten van de gezondheidszorg in 1989 met 3,8% gestegen. 1990;195.(541)
- Montfort APWP van. Functiegerichte budgettering en functieplanning; verslag studiedag 17 juni 1987. NZI 1987; juli:1-45.(140)
- Montfort APWP van. Is de bezettingsgraad wel een indicator van overcapaciteit?. HZH 1987;13:551-552.(331)
- Morrissey MA, Brooks DC. Physician influence in hospitals: an update. Hosp. 1985;Sept.:86-89.(251)
- Mouton RF, Boot JM, Hiddema UF. Procedures voor en elementen van een medisch beleidsplan. Acta Hosp 1987;2:33-42.(269)
- Mulder JH et.al. Ontwikkelingsgeneeskunde. MC 1991;46:299-301.(602)
- Mulder P. Alleen door regionale budgettering komt er samenhang in de zorg. HZH 1985;11:394-397.(314)
- Mur-Veeman I. Beleid en onderzoek in de tweedelijns gezondheidszorg. TSG 1985;63:159-164.(106)
- Musschenga AW, Borst-Eilers E. Rechtvaardig verdelen, maar hoe?. MC 1987;42:13-19.(315)
- Naaborg R. Zoeklicht op hartchirurgie. Dissertatie 1979:20-186.(557)
- Neiman JS, Mistarz JE. Planners and marketers see interests merge; an AHA society membership survey indicates that, on average, hospitals devote 2.2 FTEs each to both planning and marketing. Hosp. 1985;Nov.:95-97.(43)
- New England Journal of Medicine. Canada's health care system; to the editor. 1987;317:320-322.(101)
- Niks PHM. Deregulering van de planningsopzet via bonus en malus naar adherentiebudget. HZH 1987;8:323-324.(344)
- Norpel JW. Planning freestanding facilities: space and cost concerns. Hosp. 1985;Febr.:89-92.(162)

- NRV.Advies rapport Fortuyn.1991.(628)
- NVZD.Werkt de gezondheidszorgmarkt?1989;1-72.(561)
- NZR.De beleidsvoering artikel 18 WZV.1988;mei:1-8.(473)
- Olthoff CR, Grient AJ van der.Medisch specialist en kostenbeheersing; verantwoordelijkheden van management en professionals beter of elkaar afstemmen.MC 1990;45:829-833.(418)
- Omta J.T.IPO advies inzake algemene problematiek toepassing artikel 18 WZV.1987.(465)
- Patel MS.An introduction to Meta-Analysis.Health Pol 1989;11:79-85.(298)
- Pauker SG, Kassirer JP.The threshold approach to clinical decision making.N Engl J Med 1980;302:1109-1117.(92)
- Paul-Shaheen P, Clark JD, Williams D.Small area analysis: a review and analysis of the North American Literature..J Health Politics, Policy, Law 1987;12:741-773.(241)
- Paul-Shaheen, Clark, Williams.Small area analysis.J Health Politics, Policy, Law:774-809.(84)
- Peper B.Bij stukjes en beetjes?.Beleid en Maatschappij 1974;6:175-185.(498)
- Picker International Ltd.Magnetic resonance imaging.1986;382. (196)
- Plant J.Remodeling for today's hot new services.Hosp. 1986;Febr. :52-57.(53)
- Plasman CMT, Overbeek HJ.De specialist als intermediair tussen patiënt en budget.MC 1987;42:1571-1573.(265)
- Poiesz JJ, Jager SA de.Werkgroep maakte handleiding voor een medisch beleidsplan in ziekenhuizen.HZH 1985;13:452-455.(268)
- Pool J.Sturing van strategische besluitvorming.VU Uitgeverij Amsterdam 1990.(618)
- Post D.De Verenigde Staten of Denemarken als voorbeeld?.MC 1989;44:510-512.(244)
- Post D, Visser J.Veranderingen in de gezondheidszorg na de opening van een ziekenhuis.MC 1987;42:815-818.(259)
- Post M, Willemse C.Behoeftedonderzoek, een containerbegrip; slot: Ervaren en uitgesproken behoefte; determinanten van gezondheid; een plan.MC 1986;41:953-956.(173)
- Postma TJB.M.Strategische beslissingsprocessen in ziekenhuizen; een casebenadering.Proefschrift 1989.(624)

- Postma ThJBM.Strategische beslissingsprocessen in ziekenhuizen: toepassingsmogelijkheden van Decision Support Systemen.Bedrijfskunde 1990;3:284-290.(506)
- Powills S.New imaging tool developed by researchers.Hosp. 1987;Oct.:75-75.(193)
- Powills S.Hospitals top business sector for marketers.Hosp. 1986;Febr.:64-68.(54)
- Powills S.Marketing; segment marketing less costly, more efficient.Hosp. 1987;Jan.:38-42.(380)
- Praag BMS van.De gezondheid van Nederland.ESB 1990;3765:627-627.(433)
- Provincie Zuid-Holland.Ontwerpplan algemene ziekenhuizen regio Dordrecht.1990.(597)
- Provincie Zuid-Holland.Samenvatting voorontwerpplannen.1990.(598)
- Puijlaert CBAJ, Barneveld Binkhuysen FH.Computertomografie: een kostenbesparend onderzoek?NTvG 1987;131:1721-1726.(210)
- Puijlaert CBAJ, Waes PFGM, Feldberg MAM, Barneveld Binkhuysen FH.Computertomografie; overheidsbeleid en behoeftebepaling uit het oogpunt van de patiëntenzorg.MC 1987;42:1173-1177.(208)
- Quaethoven P.Structuren in de gezondheidszorg.Acta Hosp. 1987;4 :45-57.(213)
- Quathoven P.Structuren en bevoegdheden in een geregionaliseerde gezondheidszorg.Acta Hosp. 1986;1:35-44.(8)
- Quinn RE.Beyond rational management.Jossey-Bass Inc. 1988.(619)
- Quinn, et.al.The Strategy Process.Prentice-Hal Inc. 1988.(606)
- Rademaker red.Sociale kaart van Nederland.Het Spectrum 1981(608)
- Raeber U.Why planning tools in health care?.1986:205-208.(214)
- Redactie.Dees niet bang voor onnodig gebruik niersteenvergruizer. HZH 1989;8:343-343.(204)
- Redactie.Rond de tafel over wachtlijsten, selectie en proefprocessen.HZH 1989;23/24:1061-1069.(189)
- Redactie.Gezondheidszorg kan niet goedkoper, daar is het proces te ver voor; de minister bepaalt de behoefte niet meer.HZH 1987;8:308-310.(13)
- Redactie.Technologie maakte de gezondheidszorg veel goedkoper.HZH 1988;2:84-85.(294)
- Redactie.Gemiddelde verpleegduur en bedgebruik in drukbezette regio's daalt.HZH 1987;14:573-574.(342)

- Redactie.CvZ retourneert aanvragen en doet suggestie voor afhandeling in toto.HZH 1987;maart 12:179-179.(282)
- Reis L van der.Volksgezondheidsbeleid vereist een systematische en planmatige aanpak.MC 1990;45:1274-1274.(636)
- Relman AS.Salaried physician's and economic incentives.N Engl J Med 1988;319:784-784.(122)
- Relman AS.Universal health insurance: ITS time has come.N Engl J Med 1989;320:117-118.(143)
- Relman AS.The United States and Canada: Different approaches to health care.N Engl J Med 1986;315:1608-1610.(245)
- Rens JWGA van.Ziekenhuissluiting: een opsomming van complicerende factoren.HZH 1987;7:260-263.(330)
- Rigter H.Het sociale gezicht van de geneeskunde.Oratie 1989.(535)
- Robinson JC, Garnick DW, McPhee SJ.Market and regulatory influences on the availability of coronary angioplasty and bypass surgery in U.S. Hospitals.N Engl J Med 1987;317:85-90.(240)
- Roos FJ.Functieplanning: procesmatig van kwantiteit naar kwaliteit.HZH 1982;22:1162-1169.(310)
- Roozmond K.Een toegankelijke gezondheidszorg; het FNV plan.MC 1987;42:1399-1401.(3)
- Roscam Abbing HDC.Budget en protocol: van maximale behoefte naar optimale zorg.TSG 1984;62:630-634.(109)
- Roscam Abbing HDC.Kwaliteitsbewaking en -bevordering in de gezondheidszorg; evenwicht tussen wetgeving en zelfordenen.NTvG 1990;134:865-869.(516)
- Roscam Abbing H, Rutten FFH.Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland; een economisch-juridische studie.Kluwer 1985.(614)
- Rosenthal U, Schendelen MPCM van, Scholten GH.Openbaar Bestuur: organisatie, beleid en politieke omgeving.Tjeenk Willink 1977: 172-203.(490)
- Rosenthal W, Schendelen van, Scholten.Openbaar Bestuur; organisatie, beleid en politieke omgeving.Tjeenk Willink 1977:237-255.(459)
- Roskam Abbing HDC.Een stelsel van ziektekostenverzekeringen; enkele uitgangspunten.TSG 1985;63:3-3.(25)
- Rossum W van.Medisch-technologisch aspectenonderzoek.MC 1990;45: 509-511.(514)

- Roth K.NMR-Tomographie und -Spektroskopie in der Medizin; eine Einführung.1987;23-30.(195)
- Russell LB, Sisk JE.Medical technology in the United States.Int.J.Techn.Ass.Health Care 1988;4:269-286.(546)
- Rutten FFH.Medische technology assessment.MC 1989;44:502-507.(307)
- Rutten FFH.De economie van de medische technologie.TSG 1985;63: 833-833.(302)
- Rutten FFH.Medische technology assessment.Oratie 1988.(517)
- Rutten FFH, Bally YW.Kosten en financiering.TSG 1985;63:164-170.(106)
- Rutten FFH, Janssen RTJM.Consumenteninvloed in de gezondheidszorg: utopie of werkelijkheid? Een economische benadering.TSG 1986;64:329-332.(178)
- Sabatier P, Mazmanian DD.Conceptual framework.1973:538-561.(637)
- Sabatino F.Contracts for clinical service rising.Hosp. 1985;sept.:94-97.(69)
- Saltman RB, Otter C von.Public competition versus mixed markets: an analytic comparison.Health Pol 1989;11:43-55.(252)
- Schenken JR.Assessment of changing technologies in medicine.Arch Pathol Lab Med 1987;11:587-589.(300)
- Schieber GJ.Health expenditures in major industrialized countries, 1960-87.Health Care Financing Review 1990;11:159-167.(642)
- Schilfgaarde R van.Gezondheidswinst door technologische vooruitgang.MC 1990;45:1473-1476.(635)
- Schrijvers AJP.Zorg en schaarste.ESB 1990;3765:645-648.(433)
- Schrijvers G.Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg.De Tijdstroom 1980.(620)
- Schröder FH, Lock MTWT, Gilhuis R, Weissglas MG, Medici G, Speelman A.Extracorporele niersteenvergruizing: ervaringen met de vergruizer van de eerste generatie.NTvG 1988;132:1974-1978.(205)
- Schutte S.Behoeftte aan CT-scans geraamd op half miljoen per jaar.HZH 1988;7:284-286.(206)
- Schutte S.Snijders: Planning wordt nu de bottleneck; COTG verstuurt blauwboek functiegerichte budgettering naar ziekenhuizen. HZH 1987;23/24:1041-1041.(89)
- Schutte S.Staatssecretaris vraagt advies over reductieplannen; NZR-brief van 8 mei nog niet beantwoord door Dees.HZH 1987;14:586-587.(343)

- Schutyser K. The role of technology in the development and structure of the hospital. *Int. Hosp. Fed.* 1988;24:40-44.(444)
- Scitovsky AA. Changes in the costs of treatment of selected illnesses, 1971 - 1981. *Med. Care* 1985;23:1345-1357.(288)
- Shahoda T. Multi clustering: a natural evaluation. *Hosp.* 1986;56-6.(55)
- Showstack JA, Hughes Stone M, Schroeder SA. The role of changing clinical practices in the rising costs of hospital care. *N Engl J Med* 1985;313:1201-1207.(174)
- Showstack JA, Schroeder SA, Matsumoto MF. Changes in the use of medical technologies; 1972 - 1977. *N Engl J Med* 1982;306:706-712. (290)
- Simendinger EA, Tuzi LA, Moore TF. A mathematical model to determine facility needs for a radiology department. *Hosp. Eng.* 1978;14-26.(446)
- Snee GA. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Tjeenk Willink 1989.(627)
- Solovy A. Health care in the 1990's; forecast by top analysts. *Hosp.* 1989;July:34-46.(28)
- Souhrada L. Ultrasound opens windows; radiology; special report *Hosp.* 1988;Nov.:52-54.(191)
- Souhrada L. Research makes medical devices easier to use. *Hosp.* 1989;June:62-62.(29)
- Souhrada L. Human error limits MRI's quality potential. *Hosp.* 1989;38-38.(201)
- Souhrada L. Teaching hospitals face high-tech catch-22. *Hosp.* 1989;Aug.:33-33.(236)
- Spanjer JM. Eurothema's: luxe-problemen en de moed om prioriteiten te stellen. *NTvG* 1989;133:2373-2406.(426)
- Spanjer JM. Eurothema's: geld naar werken: prikkels en prikkelende ontwikkelingen. *NTvG* 1989;133:2190-2192.(427)
- Speld G v.d. Regionale verschillen in gebruik ziekenhuizen. *MC* 1990;45:215-218.(537)
- Spreuwenberg C. Qaly als maatstaf. *MC* 1989;44:735-735.(129)
- Staatscourant. Beleid gezondheidszorg richten op afstemming van aanbod op vraag. 1990; juni 13.(542)
- Staatscourant. Besluit van 9 november 1988, houdende wijziging van het Besluit bijzondere functies Wet ziekenhuisvoorzieningen (Stb. 1983,742). 1988;nov.9:1-3.(286)
- Staveren R van. Technology assessment van ontwikkelingsgeneeskunde (scriptie). *EUR* 1988.(556)

- Steeg HJ van der, Jaspers FCA. Management en professie; blok of blokkade? MC 1986;41:1105-1106.(263)
- Steiber SR, Boscarino JA, David Jackson E. Hospital marketing more sophisticated: survey; hospitals are recognizing the importance of the marketing role - advertising and marketing budgets have tripled since 1984. Hosp. 1985;Nov.:73-77.(35)
- Steinberg EP, Sisk JE, Loche KE. X-ray CT and magnetic resonance imagers; diffusion patterns and policy issues. N Engl J Med 1985; 313:859-864.(184)
- Steur JB van der, Schellekens W. In vitro fertilisatie: in het ziekenfondspakket, in het basispakket; verslag van de discussies binnen de Ziekenfondsraad. MC 1989;44:499-501.(132)
- Stevens FCJ. Bureaucratisering en professionalisering in de gezondheidszorg. 1987;8-157.(439)
- Stocking B. Medical technology in the United Kingdom. 1988:157-177.(447)
- Stocking B. Medical technology in the United Kingdom. Int.J. Tech. Ass. Health Care 1988;4:171-183.(549)
- Stolte JB. Taak en plaats van de medische staf in het ziekenhuis. OZH 1964;26:259-265.(260)
- Stolte JB. De organisatorische positie van de medische specialist in het Nederlandse algemene ziekenhuis; arts en samenleving. NTvG 1968;112:166-170.(262)
- Stolte JB. Vraag naar en aanbod van gezondheidszorg en ziekenhuisdiensten. OZH 1965;27:131-138.(275)
- Stolte JB. Inventarisatie van de behoeften op het gebied van het ziekenhuiswezen. OZH 1963;25:382-395.(321)
- Straten GFM. Besluitvorming over medische technologie bestemd voor Nederlandse ziekenhuizen. Acta Hosp. 1989;1:53-64.(212)
- Straten GJ. Technology assessment en computertomografie. Scriptie. 1986:1-129.(562)
- Sturmans F. Attributieve risico of relatieve risico als instrument voor planning van gezondheidszorg bij beperkte middelen. TSG 1984; 62:657-657.(274)
- Sturmans F. Epidemiologie; theorie, methoden en toepassing. Dekker & van de Vegt 1982.(612)
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Toekomst en beoordeling van medische technologie. 1987:3-34.(559)
- St. Onderw. Ziekenh. Beleid. Social welfare legislation in Sweden. 1989.(578)

- Sullivan LW.Shattuck lecture: the health care priorities of the Bush administration.N Engl J Med 1989;321:125-128.(248)
- Tap HJ, Schut FT.Specialistenzelfbestuur.MC 1988;43:146(653)
- Terpstra OT.Behandeling van galstenen in de ductus door middel van extracorporeel opgewekte schokgolven.NTvG 1988;132:1970-1974.(205)
- Terpstra OT, Schröder FH, Laméris JS, Blankenstein M van, Brakel K, Vergunst H.Extracorporele schokgolflithotripsie bij behandeling wegens stenen in de galblaas.NTvG 1988;132:1965-1968.(205)
- Thierry HK.Organisatie van tegenstellingen.Van Gorcum 1977:18-43.(455)
- Thijssen HOM, Ruijs JHJ.Nieuwe ontwikkelingen in de beeldvorming van de hersenen.NTvG 1990;134:519-521.(645)
- Thoenes P, Veld RJ in 't, Snellen IThM, Faludi A.Planning 1980. Staatsuitgeverij 1981.(461)
- Thomas JW, Lichtenstein R.Including health status in Medicare's Adjusted Average per Capita cost Capitation Formula.Med.Care 1986;24:259-275.(60)
- Thung PJ, Lapré RM.Van research naar toepassing; KNMG-rapport Gezondheidszorg bij beperkte middelen.MC 1986;41:479-481.(165)
- Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg.Opname- en ziekenhuisstatistiek.1934;31:65-80.(338)
- Tijmstra T.Het imperatieve karakter van medische technologie en de betekenis van geanticipeerde beslissingsspijt.NTvG 1987;131:1128-1131.(305)
- Toom R den, Vergunst H, Nijs HGT, Brakel K, Laméris JS, Terpstra OT.Schokgolfvergruizing van stenen in de galblaas; de eerste 54 in Rotterdam-Dijkzigt behandelde patiënten.NTvG 1990;134:1692-1696.(639)
- Trappenburg MJ.Patiëntenselectie.1990.(507)
- Trommelen J.Er hangt een prijsje aan het leven.Volkskrant 1989;okt.14:1-2.(176)
- Tucker SL.Hospital planning and marketing 1985; bibliography. Dep.health care adm. 1984;Dec.:1-13.(161)
- Tweede Kamer.Werken aan zorgvernieuwing.1990;21 545:1-71.(437)
- Valois JC de.De Nederlandse radiodiagnostiek in internationaal perspectief.NTvG 1990;134:1097-1100.(646)
- Vandenbroucke JP.Kwantitatieve nieuwlichterij in de geneeskunde: een poging tot ordening.NTvG 1988;132:337-340.(112)

- Veen P.Mensen in organisaties: een inleiding in de organisatie psychologie.Van Loghum Slaterus 1983;128-223.(454)
- Velde F van der.Het no-nonsense-recept van dokter Dekker.Intermediair 1987;35:44-45.(97)
- Ven WPM van de.Perestrojka in de gezondheidszorg.ESB 1990;3765: 628-631.(433)
- Ven WPM, Winkens CGF, Wohrmann LJE.Doelmatigheid in de gezondheidszorg: een miljardenkwestie.NTVG 1988;132:1623-1627.(111)
- Vencken LM.Van CT naar MRI: L'histoire se répète; een neuroradioloog verbaast zich.MC 1990;45:129-130.(183)
- Verheij JBM.Inventarisatie van de behoeften op het gebied van het ziekenhuiswezen.OZH 1963;26:396-399.(322)
- Verzellenberg LNJ, Dijen MEM.Praktijkervaringen met investeringsplanning.HZH 1989;10:447-451.(281)
- Verzellenberg LNJ, Visinescu CB.Tussen rennen en remmen: Investeringsplanning medische apparatuur.HZH 1988;16:715-717.(296)
- Visser APh.Evaluatie en keuze van ziekenhuisvoorzieningen; de invloed van de houding van gebruikers en verstrekkers.MC 1983;38:1565-1567.(340)
- Visser HKA, Greve WB de.Professie en management in het ziekenhuis I.MC 1978;33:517-520.(227)
- Visser HKA, Greve WB de.Professie en management in het ziekenhuis II.MC 1978;33:559-562.(227)
- Visser HKA, Greve WB de.Professie en management in het ziekenhuis III.MC 1978;33:575-580.(227)
- Vlek CAJ, Michou JA.Beslissen, wat is dat voor een proces?Gedrag 1980;8:335-360.(502)
- Volkskrant.Arme ziekenhuizen kondigen aanschaf dure scanner aan.1989;dec.2.(190)
- Voorthuisen AE van.MRI en technology assessment.NTVG 1989;133:1583-1586.(518)
- Vorst FA.De zin van echelonnering; discussie.MC 1985;40:1492-1492.(57)
- Vorst FA.Nota 2000; uitstekende analyse, aarzelend beleid.MC 1987;42:41-43.(216)
- Vos LM.Invloeden van artikel 18 voorzieningen op de kostenstructuur van algemene ziekenhuizen.NZI 1986;jan.:1-8.(479)

- Vrolijk HW, Straten GJ.Het einde van het stenen tijdperk?.TNO 1989;april: -- -(563)
- Vrolijk HW, Straten GJ.Invoering nieuwe technologie vraagt verfijnd instrumentarium; besluitvorming over medische technologie: de niersteenvergruizer als voorbeeld?HZH 1990;2:50-53.(185)
- Vrolijk HW, Straten GJ.Invoering nieuwe technologie vraagt verfijnd instrumentarium.HZH 1990;2:50-53.(463)
- WVC.Artikel 18.1987.(478)
- WVC.Artikel 18 beleid.1988.(472)
- WVC.Artikel 18.1989.(481)
- WVC.Planningsbesluit hartcatheterisatie.1987.(470)
- WVC.Planningsbesluit hartchirurgie.1989.(469)
- WVC.Planningsbesluit in vitro fertilisatie.1989.(471)
- WVC.Planningsbesluit radiotherapie.1987.(468)
- WVC.Richtlijnen ex artikel 3 van de WZV.Staatsuitgeverij 1983;1-103.(450)
- WVC.Richtlijnen ex artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.1986(345)
- Waes PFGM, Barneveld Binkhuysen FH.De mobiele computertomograaf; voor- en nadelen.MC 1988;43:137-138.(209)
- Waitzkin H.Medicine, superstructure and micropolitics.Soc. Sci. & Med. 1979;13A:601-609.(513)
- Walderveen TP van.Gezondheidszorg.ESB 1990;3765:625-625.(433)
- Wassenberg A.Netwerken: organisatie en strategie.1980:68-138. (453)
- Weinstein MC, Fineberg HV.The elements of clinical decision making; chapter one.Clinical decision analysis 1980:1-8.(93)
- Wellen JGM.Planning for health? Enkele gedachten over sociale planning.Metamed 1987;66:7-16.(172)
- Wennberg JE.Population illness rates do not explain population hospitalization rates.Med.Care 1987;25:354-360.(237)
- Wennberg JE.Which rate is right?N Engl J Med 1986;314:310.(257)
- Wennberg JE, Gittelsohn A.Small area variations in health care delivery.Science 1973;182:1102-1108.(238,242)

- Wersch MM van.Ook zonder Dekker is marktgerichte gezondheidszorg niet terug te draaien.F.D. 1990.(536)
- Wilkinson R.Projecting MRI use: key to scanner purchases.Hosp. 1987;Oct:82-83.(193)
- Willems J, Oostrum I van.Medische informatie in de pers (1).MC 1985;40:773-775.(649)
- Willems J, Oostrum I van.Medische informatie in de pers (2).MC 1985;40:809-811.(649)
- Willemse C, Boot JM, Jurg E.Van regionale planning naar regionaal bestuursmodel.MC 1988;43:269-271.(280)
- Zaleznik A.Power and politics in organizational life.Harvard Business Review 1970;May/June:47-60.(494)
- Ziekenfondsraad.Adviesstructuur gezondheidszorg.1991.(603)
- Ziekenfondsraad.Evaluatie van medische technology assessments. 1990:5-59.(594)
- Zilveren Kruis.Ziekenhuishudgettering anno 1990: evaluatie van de funktiegerichte budgettering.1990:1-11.(525)
- Zilveren Kruis.Herziening tariefstructuur ziekenhuizen/vrije beroepsbeoefenaren.1989:1-8.(526)

Hoofdstuk 10

SUMMARY

*The introduction and diffusion of
advanced medical technology in the Netherlands
A model*

This thesis describes a model for the introduction and diffusion of advanced medical technology (AMT) in the Netherlands.

The design of the study comprises five parts:

- Problem definition and theoretical framework (chapter 2 & 3).
- Literature search (chapter 4).
- Design of the model (chapter 5).
- Fieldstudy in which the model is discussed (chapter 6).
- Synthesis of the information in order to adjust the model (chapter 7).

In chapter 2 the aim of the study is defined and the boundaries of the study are given. Furthermore I formulate the problem definition as follows: Is it possible to design a concise model for the introduction and diffusion of AMT?

In chapter 3, I describe the theoretical framework of the study. This framework comprises two parts. In part one I describe decision making models, in particular the synoptic model, and three descriptive models (muddling through, satisficing search and garbage can). The description of decision making models is essential, because the policies on introduction and diffusion of AMT are based upon decisions. Medical Technology Assessment and medical decision making are discussed as examples of the use of more rational methods for encountering health care problems.

After quite a long period of development in specialized departments of the industry, the AMT is introduced in selected hospitals. That introduction is preceded with a decision making process between medical specialists and the management of the hospital(s) involved.

In order to understand that kind of process, I describe the organization of a general hospital theoretically. Mintzberg is followed in his description of the machine and professional bureaucracies. Special attention is given to political influence games and the social-professional network of the medical profession. After those descriptions I design a theoretical framework, that I'll use to verify my findings.

Chapter 4 comprises three parts, that I'll discuss subsequently.

First the policies on introduction and diffusion of AMT used in the period 1960 - 1990 in the Netherlands are described in order to get an impression about the evolution in thinking about the issue. Furthermore the role of the medical specialists in the acquisition of AMT is described. Second an overview is given on the AMT-introduction and diffusion policies used in Great Britain, Sweden and the USA. Those policies are compared with the policy used in the Netherlands. I conclude that the approach to the problem in those countries is rather similar.

In the third part of chapter 4, three so-called diffusion cases are discussed. I selected the MRI, CT and nephrolithotripter (NLT) diffusion cases. Evaluation studies of all three cases are available. I analyse the differences in political approach in those three cases. Finally I conclude that in all the three cases a different approach has been used although the prescribed approach (article 18) was in all three cases the same.

Chapter 5 begins with a résumé of the most important findings. Based on this résumé I design a model to facilitate the decision making process on the introduction and diffusion of AMT. The features of the model are: speed, reliability, involvement of the medical profession, dynamics, flexibility, accuracy, rationality and simplicity. The model consists of a questionnaire that can be used to design a diffusion profile. The questionnaire consists of questions about the conditions of optimal usage of the AMT. Questions for example about the training of the specialists, the hospital infrastructure, the patient groups that probably will benefit from treatment with the AMT etc. It isn't possible to give detailed answers at this stage, because the development of the AMT hasn't been finished yet. In order to give more objective answers a meta-analysis on published material about the AMT has to be done. Based on the information obtained from both the questionnaire and the meta-analysis, the diffusion profile is drawn.

The designed procedure for getting permission to buy and use a new AMT is, as follows.

In the clinical research stadium of an AMT the various research groups are raising funds enabling them to carry out their research ideas. The government has reserved funds for that purpose. Every year the research groups are invited to send their project proposals on clinical (non-fundamental) research to a review committee (Ontwikkelingsgeneeskunde cycle). The completed questionnaire is attached to the project proposal. Based on that questionnaire a first diffusion profile is drawn in order to forecast the consequences of introduction of the AMT in this stage of development.

This first profile can be used by planning and budgeting departments. The project proposal is reviewed by the review committee. If a proposal is granted, the research group does its project as designed and after a variable period of time a evaluation report is drawn. The research group is asked to complete the questionnaire a second time. Based on the information of that second questionnaire the diffusion profile is adjusted and published. A given hospital can compare his own situation with the profile. In case this comparison is positive, it is worthwhile to make a request for the acquisition of the AMT.

An evaluationreport is a photograph of the situation on that particular moment. To prevent the profile from becoming outdated, the research group has to be asked every year to complete the questionnaire again in order to keep the profile accurate.

I discussed this model with 67 representatives from the health care market (university hospitals (CEO's and chairmen of medical staff committees), district hospitals, insurers, government and their advisory boards, industry and patient groups).

In chapter 6 I analyse the results of this field study. The most important conclusion is that none of the representatives rejected the model. They especially liked its simplicity, accuracy and speed. After giving the positive and negative elements of the model they made suggestions to improve the model. Although the representatives came from a broad variety of organizations those suggestions were comparable.

In chapter 7 I adjust the model based on the analysis of the field study and I draw conclusions and I give suggestions for further research on this complex problem of planning. The main conclusions of the study are:

1. It is possible to design a rational model for the introduction and diffusion of AMT that can be used as an aid to policy decisions.
2. The medical profession still has great influence on the decisions about the acquisition of AMT.
3. The differences in opinion between medical profession and management become less prominent partly due to of the tendency towards management participation, partly due to the tendency towards a more businesslike approach of health care in the Netherlands.
4. Most hospitals don't want to co-operate with other hospitals on AMT. They fear loss of patients and loss of prestige.

CURRICULUM VITAE

De schrijver van dit proefschrift werd geboren op 6 oktober 1958 te Amsterdam. In 1977 behaalde hij het einddiploma gymnasium-B aan het Johan de Witt gymnasium te Dordrecht. In hetzelfde jaar begon hij zijn studie geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In 1983 behaalde hij zijn doctoraalexamen en in 1984 slaagde hij cum laude voor zijn artsexamen. Direct aansluitend startte hij met de cursus "Gezondheidszorgbeleid en economie van de gezondheidszorg met nadruk op de problematiek van de budgettering" onder leiding van prof. dr.

R.M. Lapré, waarvoor hij in 1985 een universitair deelcertificaat behaalde. In 1987 volgde hij het Young Managers Programme aan INSEAD University te Fontainebleau.

In zijn studententijd was hij onder andere actief als: studentbeheerder bij de Stichting Studenten Huisvesting Rotterdam; studentassistent bij de vakgroep Keel-, Neus- en Oorheelkunde; audiometrist bij het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt; lid van het faculteitsbestuur; lid van de medisch ethische commissie en lid van de commissie 2000 van de medische faculteit.

Na gewerkt te hebben bij Merck Sharp & Dohme als clinical research monitor, begon hij in 1985 in de functie van secretaris Raad van Bestuur patiëntenzorgzaken van het Academisch Ziekenhuis Leiden. In 1987 is hij gestart met de bewerking van dit proefschrift onder leiding van prof. dr. R.M. Lapré. Hiertoe heeft hij een parttime onbezoldigde aanstelling bij de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg van de EUR. Sedert 1989 is hij werkzaam als senior-adviseur Gezondheidszorg bij Berenschot B.V. te Utrecht.

